

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

MONIQUE MENDES MARINHO

**CUIDADO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO AVALIATIVO EM
UNIDADES DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA**

**FLORIANÓPOLIS
2012**

MONIQUE MENDES MARINHO

**CUIDADO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO AVALIATIVO EM
UNIDADES DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Radünz
Co orientadora: Profa. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa
Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2012**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

M338c Marinho, Monique Mendes

Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do
paciente [dissertação] : um estudo avaliativo em unidades
de internação cirúrgica / Monique Mendes Marinho ;
orientadora, Vera Radünz. - Florianópolis, SC, 2012.
135 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cultura. 3. Hospitais. I. Radünz, Vera.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

MONIQUE MENDES MARINHO

**CUIDADO DE ENFERMAGEM E A CULTURA DE
SEGURANÇA DO PACIENTE: UM ESTUDO AVALIATIVO EM
UNIDADES DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

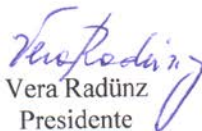
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 28 de fevereiro de 2012, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora

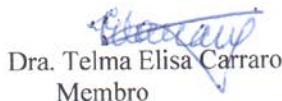
BANCA EXAMINADORA:



Vera Radünz
Presidente



Dra. Grace Teresinha M. Dal Sasso
Membro



Dra. Telma Elisa Carraro
Membro



Dra. Lúcia Nazareth Amante
Membro

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Júnior, que esteve sempre ao meu lado, juntos vencemos mais um desafio. Obrigada pelo amor, apoio, respeito, paciência e compreensão. Te amo muito!

À minha filha Helen, minha amiga e parceira, presença indispensável na minha vida. Obrigada por aceitar e compreender o meu cansaço, minha ausência e todas as minhas ocupações. Você é um presente divino! A mamãe te ama muito!

Ao meu irmão Murilo, companheiro durante a coleta de dados no período noturno, meu consultor nas dúvidas na digitação. Agradeço seu auxílio, paciência e amizade.

Aos meus pais, irmãos e aos meus familiares, que mesmo com a distância que nos separam, torcem e vibram com as minhas vitórias. Sou grata por fazer parte dessa família maravilhosa.

À minha família catarinense, que me acolheu com muito carinho e me adotaram como filha. Agradeço especialmente a minha sogra Terezinha e ao meu sogro Hélio (*in memoriam*) que partiu durante esta minha trajetória, deixando muitas saudades. Vocês são muito especiais para mim.

À minha orientadora Professora Doutora Vera Radünz, que juntas durante este processo longo e intenso, vivenciamos o que representa a palavra **“cuidar”**. Obrigada por seu zelo, me senti cuidada para além das questões acadêmicas. Sua orientação com seus ensinamentos e conhecimentos foram indispensáveis nesta caminhada.

À minha co-orientadora Professora Doutora Sayonara de Fátima Faria Barbosa, agradeço sua disponibilidade em participar deste processo. As suas contribuições, seu conhecimento, seu incentivo, foram valiosos e imprescindíveis em todas as fases deste estudo.

Aos membros da banca, Professoras Doutoras: Telma Elisa Carraro, Grace Teresinha Marcon Dal Sasso, Lúcia Nazareth Amante e doutoranda Patrícia de Gasperi, que dedicaram tempo para ler e analisar este estudo e assim contribuir para dar novos olhares e luzes para meu trabalho.

Ao Grupo de Pesquisa C&C, que me acolheu com carinho e incentivo. Sou grata pelos momentos de conhecimento e cuidado, troca de experiências e principalmente das amizades construídas.

Ao Grupo de Pesquisa GIATE, cujos participantes me incentivaram sempre a pesquisar. Agradeço aos professores e aos colegas pelo apoio, exemplo e amizade.

Aos colegas da turma de mestrado 2010, em especial as amigas Janeide e Rozeli. Agradeço a amizade, companheirismo e parceria. Os dois anos do mestrado foram muito mais prazerosos com a amizade de vocês. Agradeço por tudo minhas amigas!

Aos professores e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que priorizam a qualidade do ensino. Sinto-me orgulhosa de fazer parte dessa equipe vitoriosa.

À doutoranda Juliana Lessmann, que me auxiliou na realização dos cálculos estatísticos.

Aos profissionais de enfermagem e amigos das Unidades de Internação Cirúrgica do HU/UFSC, pelo aceite em participar da pesquisa. O sim de todos vocês permitiu a concretização deste estudo. Agradeço também pela amizade, incentivo e por ouvir meus anseios e inquietudes.

Aos pacientes que passaram pelas Unidades de Internação Cirúrgica do HU/UFSC, que através dos seus problemas de saúde me incentivaram estudar e buscar melhorar o cuidado de Enfermagem, contribuindo assim para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos amigos da Equipe Nossa Senhora da Esperança, que me ensinaram que é possível unir o estudo, o lazer e a busca pela vida cristã.

A todas as pessoas que, de alguma forma, auxiliaram na concretização desta Dissertação.

E em especial, à Deus, por ter colocado cada uma dessas pessoas na minha vida, sempre no momento exato. Sou grata Senhor por me guiar durante essa trajetória, mostrando a alegria nos momentos de tristeza, e coragem nos momentos de desânimo. Obrigada por Ser o meu caminho, a minha verdade e a minha vida.

*Talvez pareça estranho
enunciar que o primordial
requisito de um hospital consiste
no dever de não prejudicar o
paciente (NIGTHINGALE, 2010).*

MARINHO, Monique Mendes. **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente:** um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica. 2012. 135p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Radünz

Co orientadora: Profa. Dra. Sayonara de Fátima Faria Barbosa

Linha de pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Este estudo teve como objetivos avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) e conhecer a opinião destes profissionais quanto à aplicação deste questionário. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal e abordagem qualitativa, do tipo exploratória. O estudo foi realizado nas duas unidades de internação cirúrgica do referido hospital, na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, com um total de 46 profissionais de enfermagem que exercem suas atividades profissionais nessas unidades e atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos. A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a julho de 2011, através da aplicação do SAQ – versão cirúrgica, sendo acrescentada ao final deste questionário uma questão aberta com abordagem qualitativa para atender ao segundo objetivo do estudo. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial (teste ANOVA de Kruskal Wallis), e os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão, considerando uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100. A análise qualitativa dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados mostram que a avaliação da cultura de segurança é frágil nas seis dimensões do SAQ. Os escores mais altos e favoráveis estão relacionados à “Satisfação no trabalho”, e as dimensões com menores escores foram: “Percepções da gestão” e “Condições de trabalho”. Em relação à idade do profissional, os profissionais mais

jovens destacaram-se com maiores escores na maioria das dimensões. Quanto às categorias profissionais, os escores superiores estão relacionados aos auxiliares de enfermagem quando comparados aos técnicos de enfermagem e enfermeiros. As recomendações dos participantes para melhorar a segurança do paciente vão ao encontro dos baixos escores encontrados nas dimensões avaliadas, sugerindo como principais ações: realização de mais treinamentos, capacitações e aperfeiçoamentos; ter e manter bons materiais e equipamentos; aumentar o número de profissionais. O SAQ, na opinião dos participantes, foi considerado um instrumento de pesquisa importante e satisfatório, que permite alertar e refletir sobre situações e dificuldades cotidianas que podem prejudicar o cuidado aos pacientes, comprometendo a segurança e a qualidade do cuidado.

Descritores: Segurança, Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Cultura, Unidades de Internação.

MARINHO, Monique Mendes. **Cuidados de Enfermería y Cultura de la Seguridad del Paciente:** un estudio de evaluación de las unidades de internación quirúrgica. 2012. 135p. Dissertação (Máster in Enfermería) – Curso de Posgrado em Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería de las unidades de hospitalización de cirugía de un hospital universitario de la Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ) y conocer la opinión de estos profesionales sobre la aplicación de este cuestionario. Este es un estudio con un enfoque cuantitativo, el tipo cualitativo y transversal encuesta-, el tipo de exploración. El estudio se realizó en dos unidades de hospitalización de cirugía del hospital en la ciudad de Florianópolis, Santa Catarina, con un total de 46 profesionales de enfermería que realizan sus actividades profesionales en estas unidades y se reunió con los criterios de inclusión establecidos. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y julio de 2011, mediante la aplicación del Cuestionario de Autoevaluación - Versión quirúrgica, y se adjuntará al final de este cuestionario una pregunta abierta con un enfoque cualitativo para cumplir el segundo objetivo del estudio. El análisis de datos utiliza la estadística descriptiva e inferencial de Kruskal Wallis ANOVA), y los elementos de lo SAQ se evaluaron a partir de las puntuaciones de la cultura de la seguridad del paciente en cada dimensión, mientras que una puntuación mayor o igual a 75 , en una escala de 0-100. El análisis cualitativo se realizó de acuerdo al análisis de contenido de Bardin. El estudio se realizó de conformidad con la Resolución 196/96 Resultados Nacionales de Salud muestran que la evaluación de la cultura de la seguridad es frágil en las seis dimensiones de lo SAQ. Las puntuaciones más altas y están relacionados con la "satisfacción en el trabajo" favorable, y las dimensiones con puntuaciones más bajas fueron: "La percepción de la gestión" y "condiciones laborales". En cuanto a la edad de los profesionales de los jóvenes profesionales, se destacó con puntuaciones más altas en la mayoría de las dimensiones. En cuanto a las categorías profesionales, los puntajes más altos se relacionan con los auxiliares de enfermería. Las recomendaciones de los participantes para mejorar la seguridad de los pacientes cumplen los puntajes bajos se encuentran en las dimensiones evaluadas, lo que sugiere que las

acciones principales: la realización de más formación, capacidades y mejoras, lograr y mantener buenos materiales y equipos, aumentar el número de profesionales. Lo SAQ, en opinión de los participantes, fue considerado como una importante herramienta de investigación y la satisfacción, lo que permite rápida y reflexionar sobre situaciones y problemas cotidianos que pueden afectar a la atención al paciente, poniendo en peligro la seguridad y la calidad de la atención.

Descriptores: Seguridad, Enfermería, Atención de Enfermería, Cultura, Unidades de Internación.

MARINHO, Monique Mendes. **Nursing Care and Patient Safety Culture**: an evaluative study on surgical inpatient units. 2012. 135p. Dissertation (Master in Nursing) – Postgraduate Nursing Programme, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

ABSTRACT

This study aimed to evaluate the patient safety culture from the perspective of a nursing team of the surgical inpatient units of a university hospital using the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) and know the opinion of these professionals regarding the application of this questionnaire. This is a study with a quantitative approach, the type and cross-survey qualitative and exploratory type. The study was performed in two surgical inpatient units of the hospital in the city of Florianópolis, Santa Catarina, with a total of 46 nursing professionals who perform their professional activities in these units and met the established inclusion criteria. Data collection was conducted from April to July 2011, by applying the SAQ - Version surgical, and appended to the end of this questionnaire an open question with a qualitative approach to meet the second objective of the study. Data analysis used the descriptive and inferential statistics (Kruskal Wallis ANOVA), and the items of the SAQ were assessed from the scores for the culture of patient safety in each dimension, whereas a score greater than or equal to 75, on a scale of 0-100. The qualitative analysis was performed according to content analysis of Bardin. The study was conducted in accordance with Resolution 196/96 National Health Results show that the assessment of safety culture is fragile in the six dimensions of the SAQ. The higher scores are related to favorable and "Job satisfaction" and the dimensions with lower scores were: "Perceptions of management" and "working conditions". Regarding the age of the professional, young professionals stood out with higher scores on most dimensions. As for the professional categories, the higher scores are related to nursing assistants. The participants' recommendations to improve patient safety meet the low scores found in the dimensions assessed, suggesting that major actions: conducting more training, capabilities and enhancements, achieving and maintaining good materials and equipment, increase the number of professionals. The SAQ, in the opinion of the participants, was considered an important and satisfying research tool, allowing prompt and reflect on everyday

situations and problems which may affect patient care, compromising safety and quality of care.

Descriptors: Safety, Nursing, Nursing Care, Culture, Inpatient Care Units.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANOVA	Análise de variância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
C&C	Grupo de pesquisa Cuidando e Confortando
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEn	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSEP	Comitê de Segurança do Paciente
EUA	Estados Unidos da América
FMAQ	Flight Attitudes Management Questionnaire
GIATE	Grupo de Pesquisa Clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem
IOM	Institute of Medicine
HMPS	The Harvard Medical Practice Study
HSC	Health and Safety Commission
HSE	Health and Safety Executive
HU	Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago
ICPS	International Classification for Patient Safety
ICUMAQ	Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire
IHI	Institute for Healthcare Improvement
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCR	Joint Commission Resources
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line
MIFS	The Medical Insurance Feasibility Study
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PEN	Programa de Pós-graduação em Enfermagem

QL	Qualitativa
QT	Quantitativa
REBRAENSP	Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SEPAESC	Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UIC I	Unidade de Internação Cirúrgica I
UIC II	Unidade de Internação Cirúrgica II
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Modelo do Queijo Suiço de Reason (2000).....	39
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário da Grande Florianópolis/SC, Brasil.	69
Tabela 2: Cultura de segurança do paciente segundo a idade do profissional de saúde e resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias.....	72
Tabela 3: Cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional e resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias.	73
Tabela 4: Avaliação do percentual de respostas positivas do grau de colaboração e comunicação dos profissionais de enfermagem em relação a outros profissionais.....	74

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1: Média das dimensões da cultura de segurança a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de internação cirúrgica do estudo.....	70
---	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
LISTA DE FIGURA	19
LISTA DE TABELAS.....	21
LISTA DE GRÁFICO.....	23
1 INTRODUÇÃO	27
2 OBJETIVOS	35
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
4 CONCEITOS INTER-RELACIONADOS	47
5 MÉTODO.....	49
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	49
5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL	49
5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
5.4 VARIÁVEIS.....	52
5.5 COLETA DE DADOS.....	55
5.6 ANÁLISE DOS DADOS	59
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	61
6.1 ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: AVALIAÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	61
6.2 ARTIGO 2 - OPINIÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA.....	81
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE.....	113
ANEXOS	117

1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio fundamental do cuidado e um componente crítico de gestão da qualidade. Para garantir sua melhoria é exigido de todo o sistema um complexo esforço, envolvendo inúmeras ações na melhoria do desempenho, gestão da segurança e dos riscos ambientais, incluindo controle de infecção, uso adequado de medicamentos, equipamentos de segurança, ambiente seguro e prática segura de cuidados. A segurança do paciente abrange quase todas as disciplinas e agentes de saúde e, portanto, requer uma abordagem abrangente e multifacetada para identificar os riscos reais e potenciais à segurança dos pacientes nos serviços, e encontrar soluções de curto e longo prazo para todo o sistema de saúde (WHO, 2005).

O objetivo da segurança do paciente é prevenir os danos causados durante a realização de cuidados à saúde, uma vez que esses danos ocorrem através de diversos tipos de erros, afetando diretamente a qualidade de assistência prestada (IOM, 2004).

O contexto de cuidado em saúde é altamente complexo. Na enfermagem, em 1859, Florence Nightingale já alertava para a segurança do paciente ao enunciar como primeiro dever de um hospital não causar mal ao paciente (NIGHTINGALE, 2010). O cuidado de enfermagem exige conhecimento, habilidade, responsabilidade e compromisso (WALDOW, 2004). Com essa exigência parece ser óbvio que o cuidado é uma prática segura.

No entanto, o cotidiano do cuidar muitas vezes estabelece situações que nem sempre são as almejadas. Ao invés de auxiliar na resolução dos problemas dos pacientes, as ações de cuidado são capazes de gerar resultados indesejáveis (MADALOSSO, 2000).

Frequentemente, o cuidado é desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados e que se transforma muito rápido, envolvendo um vasto aparato tecnológico e muitas decisões e julgamentos individuais pelos profissionais de saúde. Nestas circunstâncias os erros podem acontecer. Algumas vezes um dano ao paciente advém de um procedimento clínico ou como um resultado de uma decisão clínica. Erros no processo de cuidado podem resultar em graves prejuízos, levando inclusive as pessoas à morte (WHO, 2004).

Diariamente, milhares de erros ocorrem na área da saúde, alguns podem desencadear efeitos desastrosos, enquanto outros, os quase-acidentes, na maioria das vezes, acontecem e passam despercebidos

(IOM, 2004).

Os problemas que normalmente ocorrem durante a prestação de cuidados à saúde são os erros e eventos adversos relacionados a medicações e transfusões, comportamentos suicidas, acidentes de retenção (esquecimento) de corpos estranhos no corpo do paciente como compressas e instrumentais, quedas, queimaduras por uso inadequado de equipamentos, úlceras de pressão e equívocos na identidade do paciente (IOM, 2000; SOUZA, 2006). Na área cirúrgica, além dos erros citados anteriormente, destacam-se ainda as complicações de segurança associadas à anestesia e à cirurgia em local ou paciente errado (WACHTER, 2010).

Todos esses problemas geram diversas consequências, a mais significativa é o custo em vidas humanas; geram também custos financeiros, que incluem o aumento das despesas devido ao prolongamento de internações, indenizações e aposentadorias por invalidez (IOM, 2000; SOUZA, 2006).

Os erros também são onerosos, em termos de perda de confiança no sistema de saúde, levando à diminuição da satisfação dos pacientes e dos profissionais de saúde. Os pacientes que experimentam uma internação prolongada ou uma incapacidade, como resultado de erros, acabam apresentando desconforto físico e psicológico. Os profissionais de saúde são afetados pela perda da moral e a frustração por não serem capazes de fornecer o melhor cuidado possível. Quanto à sociedade, precisa suportar os custos de erros, em termos da perda de produtividade do trabalhador e níveis mais baixos do estado de saúde da população (IOM, 2000).

Portanto, a preocupação com a segurança do paciente e a redução dos erros decorrentes da assistência em saúde, tem se intensificado nos últimos anos e adquirido abrangência internacional. Um corpo maior de evidências começou a surgir a partir da publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* (*Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*), apresentado em 1999 nos EUA, que trouxe o assunto para o topo da agenda política e vanguarda do debate público em todo o mundo (WHO, 2008b).

O livro acima citado é considerado um marco frente à temática da segurança do paciente. Ele foi publicado pelo *Institute of Medicine* (IOM), uma organização independente sem fins lucrativos que busca divulgar informações baseadas em evidências sobre medicina e saúde. Essa publicação traz os dados dos estudos sobre prevalência de eventos adversos em pacientes internados, com estimativas de mortalidade e custo, causando um grande impacto na opinião pública americana (IOM, 2000).

Embora as estimativas da dimensão do problema sejam imprecisas, é provável que milhões de pessoas sofram de lesões incapacitantes ou morte diretamente atribuível aos cuidados à saúde, sendo que os eventos adversos representam uma fonte importante de morbidade e mortalidade em todo o mundo (WHO, 2008a). Os eventos adversos são definidos como qualquer evento ou circunstância que poderia resultar ou resultou em um dano desnecessário ao paciente e pode estar relacionado ao uso de um medicamento e/ou hemoderivado em qualquer dose, um equipamento médico ou um produto nutricional especial que é suspeito de ter provocado um dano em um paciente (WHO, 2009; JCAHO, 2008).

Acredita-se que os erros em saúde, nos Estados Unidos da América (EUA), são responsáveis pela morte de mais de 98.000 pacientes/ano, sendo a oitava causa de mortalidade no país, ultrapassando inclusive mortes decorrentes de acidentes automobilísticos, câncer de mama e AIDS (IOM, 2000; ZAMBON, 2008; MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2005). Quanto aos custos anuais com eventos adversos, calcula-se de 6 a 29 bilhões de dólares, dependendo do país (ZAMBON, 2008).

Preocupada com a magnitude do problema, a Organização Mundial de Saúde (OMS), lançou uma série de atividades para definir temas de investigação sobre a segurança dos pacientes, a fim de identificar as intervenções para reduzir danos e melhorar o atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde (WHO, 2008a).

Dentre as várias ações desenvolvidas, destacam-se a promoção de uma cultura de segurança nas organizações de saúde, em detrimento de uma cultura de culpa, de castigo, atribuindo o erro ao mau profissional (SOUZA, 2006).

Acredita-se que a cultura punitiva, que historicamente tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além disso, acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, tendo como ponto de partida o relatório e análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005).

Diante disso, as organizações de saúde devem desenvolver uma cultura de segurança de tal forma que sua força de trabalho e os processos estejam voltados para a melhoria da confiabilidade e segurança dos cuidados aos pacientes (IOM, 2000).

Assim, acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir maior segurança do paciente, é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001). A cultura de segurança é definida como o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros (HSC, 1993).

Destaca-se que a cultura de segurança do paciente entre os profissionais de saúde proporciona um ambiente profissional com espírito de coesão, elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado (SOUZA, 2006).

A partir da avaliação da cultura de segurança, de determinada unidade, torna-se possível identificar as áreas com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003). Acredita-se que essa prática é um passo importante para melhoria da segurança (SEXTON; THOMAS, 2003).

Atualmente, com o objetivo de mensurar e avaliar a cultura de segurança, pesquisadores estão utilizando métodos e medidas cada vez mais sofisticados. O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), traduzido como questionário de atitudes de segurança, é um instrumento de pesquisa psicométrica, criado em 2003, por pesquisadores do Centro de Excelência em Segurança do paciente, da Universidade do Texas, nos EUA (SEXTON, THOMAS, 2003).

Assim, baseada na preocupação mundial voltada para melhorias no cuidado em saúde, promoção da segurança do paciente e principalmente avaliação da cultura de segurança, a importância deste estudo é justificada. A promoção da cultura de segurança é uma das principais ações para reduzir danos e melhorar o cuidado prestado (WHO, 2008a).

Neste sentido, a aproximação da autora com o tema em estudo aconteceu durante uma capacitação profissional sobre segurança do paciente, estimulando a participação como membro do Grupo de Pesquisa clínica, Tecnologias e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE), que tem como um dos seus macropjetos estudos relacionados à cultura de segurança no cuidado de enfermagem.

A partir da participação em reuniões do GIATE e fundamentação

nos estudos sobre a segurança do paciente, alguns questionamentos emergiram: E no meu local de trabalho? Como a equipe de enfermagem percebe a segurança do paciente? O cuidado de enfermagem prestado neste local é seguro? Como tornar o cuidado aos pacientes cirúrgicos mais seguros? Dessa forma a proposta deste estudo foi criada, interligando os grupos de pesquisa GIATE e Cuidando e Confortando (C&C), dos quais a autora é membro.

Diante dessa aproximação com a temática, a autora tornou-se também membro de uma das principais iniciativas em segurança do paciente do estado de Santa Catarina, o Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina (SEPAESC), fundado em dezembro de 2009, tendo como um dos seus objetivos a promoção da cultura de segurança do paciente no estado de Santa Catarina, mediante pesquisas, cursos de extensão, oficinas, seminários, eventos e fóruns de experiências (SEPAESC, 2009).

A autora também faz parte do Comitê de Segurança do Paciente do Hospital Universitário/UFSC, o COSEP, criado em 09 de outubro de 2010, que tem por finalidade estabelecer políticas e diretrizes de trabalho para a promoção de uma cultura hospitalar voltada para a segurança do paciente, através de planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais na instituição (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2010a).

O interesse pelo estudo também direcionou o olhar para os profissionais de enfermagem como participantes da pesquisa, uma vez que estes profissionais constituem o maior contingente de trabalhadores que prestam cuidados aos pacientes. Além disso, na maioria das vezes, algum profissional da equipe de enfermagem está presente no contexto em que o erro ocorreu, sendo responsabilizada e julgada por isso (BOHOMOL; RAMOS, 2007).

Pelo fato de também atuar na área cirúrgica, em uma unidade de internação, esta foi a área selecionada para avaliar a cultura de segurança do paciente. Além disso, os procedimentos cirúrgicos estão cada vez mais freqüentes, sendo considerados como opção primordial para o tratamento de diversas patologias. Destaca-se que o ambiente cirúrgico é considerado um local dentro de uma instituição hospitalar que merece ser pesquisado, devido ao grande número de problemas existentes relacionados à segurança (WACHTER, 2010).

Embora os procedimentos cirúrgicos tenham a intenção de salvar vidas, a falha de segurança nos processos de assistência cirúrgica pode

causar danos consideráveis. Um problema alarmante no ambiente cirúrgico é o elevado número de complicações cirúrgicas, pois no mínimo sete milhões de pacientes sofrem desses prejuízos no mundo e, ao menos metade deles eram evitáveis (OMS, 2009).

Vale ressaltar que as unidades de internação cirúrgica estão, na maioria das vezes, com todos os leitos ocupados, caracterizando-se por ser um ambiente bastante dinâmico e com alta rotatividade, muitas altas hospitalares e seguidamente, diversas internações, pacientes provenientes do domicílio, ambulatório, emergência, centro cirúrgico e UTI. Esta realidade predispõe a ocorrência de erros.

De modo a avaliar pesquisas com este enfoque, ao revisar estudos que avaliaram a cultura de segurança do paciente indexados nas bases de dados CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System* on-line) no período entre 2000-2010, com a estratégia de busca utilizada na base CINAHL "Patient safety culture" or "Patient safety climate" and "survey" and "Questionnaires" e na base MEDLINE foi "Patient" and "safety" and "culture" or "climate" and "survey" and "Questionnaires", foi encontrado apenas um estudo que avaliou a cultura de segurança em unidades de internação cirúrgica (CAMPBELL et al., 2010).

O estudo encontrado foi realizado nos EUA, e avaliou a cultura de segurança do paciente em um hospital geral com 900 leitos, a partir do questionário HSOPS, um instrumento desenvolvido pela AHRQ. A amostra do estudo incluiu 1.733 enfermeiros e 451 médicos de 57 unidades, sendo um total de 13 unidades de internação cirúrgica, correspondendo 23% dos profissionais que foram incluídos na amostra. Os resultados demonstraram que a cultura de segurança do paciente nas unidades de internação cirúrgica avaliadas necessita de mudanças, pois a maioria dos participantes do estudo demonstra percepção negativa em relação a grande parte das dimensões avaliadas (CAMPBELL et al., 2010).

Desta forma, a partir desta identificação de pesquisa é possível perceber a escassez de estudos em unidades de internação cirúrgica, sendo que no Brasil nenhum estudo foi encontrado. Isto reforça ainda mais a importância das unidades de internação cirúrgica como local de estudo a ser pesquisado quanto à temática da cultura de segurança do paciente.

Diante desse cenário, este estudo pretende responder as seguintes questões de pesquisa:

- Qual é a cultura de segurança do paciente sob a ótica das

equipes de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário?

- Qual é a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)?

2 OBJETIVOS

- Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).
- Conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prestação de cuidados de saúde é considerada um desafio mundial devido ao grande número de problemas relacionados à segurança dos pacientes. Em 1859, Florence Nightingale já alertava para as questões de segurança dos pacientes (NIGHTINGALE, 2010). A OMS evoca o tradicional juramento médico, baseado em Hipócrates, há mais de 2000 anos atrás, “Primeiro não causar dano”, dizendo que o mesmo raramente é violado deliberadamente pelos médicos, enfermeiros, ou outros profissionais, mas a verdade é que os pacientes são prejudicados diariamente em todo o mundo, no decurso do cuidado à saúde (OMS, 2007).

Então a temática não é atual, porém a preocupação com a segurança do paciente aumentou no século XX, a partir de estudos em países desenvolvidos que tiveram resultados altamente negativos, trazendo questionamentos quanto à qualidade de assistência de saúde prestada em todo mundo. O estudo pioneiro a abordar o tema foi realizado nos EUA, em 1974, denominado *O estudo de viabilidade do seguro médico (The Medical Insurance Feasibility Study - MIFS)*, desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*), que revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia, encontrando eventos adversos em 4,6% dos pacientes (ZAMBON, 2008).

Um estudo ainda mais impactante, realizado dez anos após o inicial, denominado *O estudo da prática médica de Harvard (The Harvard Medical Practice Study - HMPS)*, encontrou dados semelhantes na frequência de eventos adversos ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no Estado de Nova York (3,7% dos casos), mas mostrou que 13,6% dos eventos levaram o paciente a óbito (ZAMBON, 2008).

O *Institute for Healthcare Improvement (IHI)* tem uma estimativa diferente sobre a ocorrência de eventos adversos nos EUA, afirmando que a cada 100 internações hospitalares, 40 a 50 eventos adversos são detectados (SINGER et al., 2003). Esta organização tem o objetivo de fomentar estudos e gerar recomendações voltadas ao sistema de saúde para promover a segurança do paciente (PEDREIRA, HARADA, 2009).

Estudos subsequentes realizados na década de 90, na Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França mostraram resultados ainda mais

alarmantes: a investigação de eventos adversos em prontuários revelou as incidências de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5%, respectivamente, nesses países. Tais estudos mostraram que os eventos adversos causaram lesão decorrente do cuidado que levou à incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente. Esses eventos seriam evitáveis em torno de 30% a 60% nas situações descritas (ZAMBON, 2008).

A partir da publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System*, organizações de saúde foram estimuladas a implementar iniciativas para melhorar a segurança do paciente. O congresso americano realizou uma análise nos dados publicados e posteriormente determinou às agências federais de saúde para que aplicassem as determinações da publicação, as quais eram fundamentadas por quatro afirmações: o problema dos danos causados por eventos adversos é grave; o principal problema está em sistemas falhos e não em falhas de pessoas; é necessário redesenhar os sistemas; e a segurança do paciente deve se tornar uma prioridade nacional (IOM, 2000).

No Brasil, se utilizarmos os moldes dos estudos citados, é possível calcular da seguinte maneira: se ocorre um evento adverso por dia, por hospital, e como há 7.543 hospitais no Brasil, segundo a Federação Brasileira dos Hospitais, então poderiam acontecer em torno de 7.543 danos por dia, 226.290 por mês e 2.715.480 por ano (ZAMBON, 2008). Se o cálculo utilizasse o número de 40 eventos por 100 internações, como sugere o *Institute for Healthcare Improvement*, e com base nos dados do ano de 2009, que mostram um número total de 11.107.628 internações nesse ano, aconteceriam 4.443.051 eventos, o que equivale a dizer que acontecem cerca de três eventos por dia em cada hospital do Brasil. Se 1% desses eventos ocasionarem óbito do paciente teriam 44.430 óbitos ao ano relacionados a eventos decorrentes de falhas na assistência ao paciente (BRASIL, 2010).

Um estudo realizado no Brasil com o objetivo de avaliar a incidência de eventos adversos em um hospital geral e de ensino concluiu que a incidência de eventos adversos foi de 10,1%, excluindo os casos obstétricos que atingiram 12,7%, sendo 69% dos casos considerados evitáveis. Quanto ao local, a enfermaria ou unidade de internação foi considerada o ponto mais freqüente de ocorrência de eventos adversos (53,7%) e a origem mais freqüente foi o procedimento médico (29,1%). Esses resultados são similares aos encontrados nos estudos internacionais, no entanto, a proporção de eventos adversos evitáveis foi bem mais alta, Brasil (69,2%), Nova Zelândia (61,6%),

Inglaterra (52%), Austrália (50%), Espanha (42,8%), Dinamarca (40,4%), Canadá (37%) e França (27,6%) (MENDES JÚNIOR, 2007).

Em relação aos procedimentos cirúrgicos no Brasil, o estudo de Mendes Júnior (2007) traz dados mais precisos. Os resultados desse estudo mostram que no hospital pesquisado os procedimentos cirúrgicos foram considerados o segundo mais freqüente em incidência de eventos adversos, totalizando 25,5%. No âmbito internacional acredita-se que no mínimo sete milhões de pacientes sofram de complicações cirúrgicas a cada ano, sendo que pelo menos um milhão de pacientes morra durante ou imediatamente após um procedimento. A OMS refere que as complicações pós-operatórias em pacientes internados ocorrem em até 25% dos mesmos, e no mínimo metade dessas eram evitáveis. Essas evidências reforçam que a cirurgia segura é uma prioridade mundial (OMS, 2009).

Em geral, a maioria dos erros ocorre por múltiplas causas, tais como falhas de sistemas, processos e condições que levam as pessoas a cometê-los ou incapacidade para impedi-los (IOM, 2000). O caráter multifatorial das situações em que os erros ocorrem pode ser explicado pelo Modelo do Queijo Suíço de James Reason (REASON, 2000). De acordo com esse Modelo (Figura 1), os sistemas são mais parecidos com fatias de queijo suíço, com muitos buracos, e que para a ocorrência de um erro é necessário um alinhamento de diversos buracos. Os buracos do queijo correspondem às várias causas, como por exemplo: falhas na gestão, falhas no processo de educação permanente, descuido dos profissionais, sobrecarga de trabalho, ausência de protocolos e falta de recursos (REASON, 2000; SOUSA, 2006).

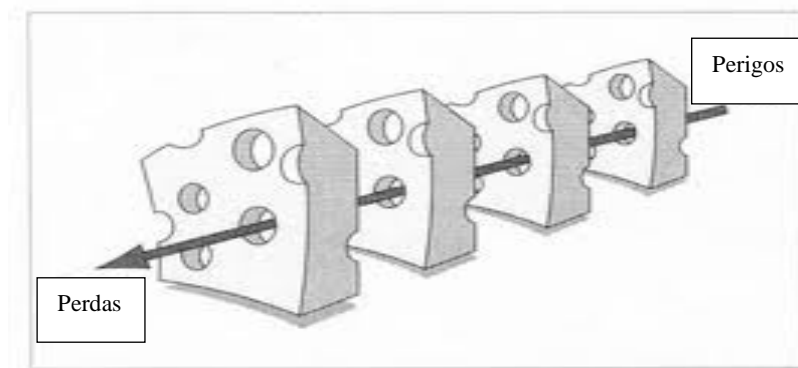


Figura 1. Modelo do Queijo Suíço de Reason (2000).

Dessa forma, acredita-se que os erros podem ser evitados mediante a promoção da segurança em todos os níveis de saúde, a fim de proporcionar maior confiança aos profissionais, tornando mais difícil a sua ocorrência. Evidentemente, isso não significa que os profissionais podem ser descuidados, eles devem estar vigilantes e responsáveis por suas ações (IOM, 2000).

A partir do alerta para a segurança do paciente após a publicação do livro *To Err is Human: Building a Safer Health System*, surgiram institutos e programas voltados para a qualidade em saúde e segurança do paciente, culminando inclusive na iniciativa da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), a principal empresa de acreditação de qualidade e segurança hospitalar do mundo, fundada em 1951, que passou a acrescentar em seu programa de acreditação a necessidade de programas de gerenciamento de riscos para melhorar a segurança do paciente (ZAMBON, 2008). A acreditação de uma organização de saúde constitui uma forma de avaliação da qualidade da instituição, sendo o processo em si uma atividade de redução de riscos na assistência prestada (QUINTO NETO, 2006).

Atualmente, a segurança do paciente representa um indicador de qualidade das instituições de saúde, considerada como o primeiro passo para a acreditação hospitalar. Nesse contexto, o conceito qualidade pode assumir diferentes perspectivas e enfoques. Aqui se resgata a definição adotada pela JCAHO (2008), que considera a qualidade em saúde como o modo pelo qual os serviços de saúde, com o nível atual de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados. Na enfermagem, Radünz (1999) afirma que é possível garantir uma qualidade da assistência, procurando sempre estabelecer uma política assistencial de saúde e de enfermagem a partir de um cuidado com sensibilidade e com fundamentação técnico-científica, o que se traduz em um cuidado seguro.

A Organização Mundial de Saúde lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004. Trata-se de um grupo de trabalho que possui como elemento central do trabalho a formulação de Desafios Globais para a Segurança do Paciente a cada dois anos, com o objetivo de fomentar o comprometimento global e destacar temas correlacionados e direcionados para uma área identificada como de risco (OMS, 2009). Tem como objetivo mobilizar esforços globais para melhorar a segurança dos cuidados de saúde para os pacientes em todos os países membros da OMS, estabelecendo uma ambiciosa agenda de segurança do paciente (WHO, 2008b).

O primeiro desafio global proposto pela Aliança Mundial focou as infecções relacionadas com a assistência à saúde. Enquanto o segundo desafio global, no biênio 2007-2008, denominado “Cirurgias seguras salvam vidas”, dirige a atenção para os fundamentos e práticas para a cirurgia segura (OMS, 2009).

Também, com o mesmo propósito da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, a JCAHO foi designada pela OMS, em 2005, como primeiro centro colaborador dedicado à segurança do paciente, a qual propôs seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, que são soluções que têm como propósito promover melhorias específicas em áreas problemáticas. Estas metas incluem: 1) Identificar os pacientes corretamente; 2) Melhorar a comunicação efetiva; 3) Melhorar a segurança de medicamentos de alta vigilância; 4) Assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimento e paciente corretos; 5) Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde; 6) Reduzir o risco de lesões ao paciente, decorrente de quedas (JCAHO, 2008).

Nesta perspectiva, a JCAHO apresenta as metas para a segurança do paciente cirúrgico, a saber: utilizar dois identificadores para o paciente, rotular todos os medicamentos, embalagens e soluções dentro e fora do campo estéril no perioperatório, cumprir as orientações de higienização das mãos, implementar as práticas para a prevenção de infecções de sítios cirúrgicos e utilizar um processo de pré-procedimento para verificar o procedimento correto, para o paciente correto no local correto (JCAHO, 2012).

As iniciativas do governo brasileiro para melhorar a segurança do paciente nos serviços de saúde estão em consonância com as atividades da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente a partir de ações desenvolvidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), baseadas nos desafios globais (ANVISA, 2011).

Em 2007, a ANVISA preparou uma proposta nacional para a segurança dos pacientes, seguindo o modelo do projeto da OMS, demonstrando que as autoridades desta organização perceberam a necessidade da participação do Brasil. O objetivo é identificar os problemas e especificidades da segurança nos serviços de saúde (ANVISA, 2007).

As propostas da ANVISA para segurança do paciente visam à melhoria da qualidade no atendimento hospitalar e a adesão do Brasil à Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. A ANVISA estabelece que a segurança do paciente é um dos critérios básicos para alcançar a qualidade no cuidado aos pacientes, sendo que as diferentes visões dos

profissionais ajudam a definir quais são as prioridades nacionais e desta forma construir-se um projeto adaptado à realidade brasileira nas linhas do programa da OMS (ANVISA, 2007)

Uma das ações desenvolvidas pela ANVISA foi a criação da Rede Brasileira de Hospitais Sentinela. Essa rede tem a finalidade de notificar eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde, sangue e hemoderivados, materiais e equipamentos médicos hospitalares (ANVISA, 2011; CASSIANI, 2010).

Outra iniciativa foi a criação da Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2005. A partir dessa iniciativa, um grupo de enfermeiros adotou tal estratégia para a realidade brasileira, em 2008. Esse grupo criou a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), que tem como objetivo fortalecer a assistência de enfermagem com segurança e com qualidade. O trabalho da REBRAENSP foi difundido através dos seus pólos, estaduais e municipais, sendo representada no estado de Santa Catarina pelo SEPAESC (Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina) (CASSIANI, 2010; SEPAESC, 2009).

Na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), os cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem têm desenvolvidos trabalhos de conclusão de cursos e dissertações que abordaram a segurança do paciente.

A segurança do paciente foi abordada nesses estudos quanto aos sistemas de medicação a partir da análise fotográfica (ALBA; MATHIAS, 2009; RADUENZ; HOFFMANN; RADUNZ et. al., 2010; WARMILING; COELHO, HONORATO; 2010), à higienização das mãos e identificação do paciente (SILVA; PORTO, 2010) e aos eventos adversos durante o cuidado de enfermagem em emergência (RIOS; HAGEMANN; PEREIRA, 2010).

Outros estudos avaliaram a cultura de segurança do paciente em diferentes áreas. Paese (2010) avaliou a cultura de segurança na atenção primária à saúde, Hoch; Vilamil e Martins (2010) realizaram o estudo em um centro obstétrico, Mello (2011) em unidades de terapia intensiva e Fidelis (2011) em uma unidade de emergência adulto.

Vale ressaltar que o HU/UFSC, hospital universitário dessa universidade, tem sido escolhido como local para a realização da maioria dos estudos citados. Assim, os resultados desses estudos têm colaborado para melhorar o cuidado de saúde prestado e também para o planejamento do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) dessa instituição.

Neste contexto, a OMS destaca para a compreensão da magnitude que envolve o problema da segurança e os principais fatores que levam a ocorrência de erros é essencial para se conceber soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, e para construir sistemas de saúde mais seguros (WHO, 2008a).

Acredita-se que a base para a prática segura consiste em um eficaz sistema de comunicação de erros que dentro de um hospital ou outra organização de saúde, representará uma medida dos progressos realizados para alcançar uma cultura de segurança. No mínimo, a informação poderá ajudar a identificar os perigos e riscos e fornecer informações quanto ao local onde o sistema está falhando, evitando-se assim, prejuízo a futuros pacientes (WHO, 2008c). Quando um erro ocorre a questão mais importante não é descobrir quem errou, mas como e porque as defesas do sistema falharam (REASON, 2000).

Há muito tempo, indústrias de alto risco, tais como aviação e energia nuclear, dispõem atenção considerável à segurança e tratam a questão de forma sistemática. As medidas de segurança foram baseadas em dados retrospectivos da ocorrência de mortes e ferimentos. Recentemente, essas indústrias centralizam seus esforços na previsão de medidas de segurança, incentivadas pela consciência de que fatores organizacionais, gerenciais e humanos, ao invés de simplesmente falhas técnicas, são as principais causas de acidentes. Essas indústrias concentraram-se na previsão de medidas de segurança. Uma atenção especial é a avaliação do clima de segurança, um termo que geralmente se refere aos componentes mensuráveis da cultura da segurança, tais como comportamentos de gestão, sistemas de segurança e as percepções dos funcionários (COLLA et al., 2005; SINGER et al., 2003).

O termo cultura de segurança foi introduzido após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986, utilizando-o de forma mais clara e objetiva (COOPER, 2000). A definição de cultura de segurança é derivada de um conceito mais amplo de cultura. A cultura compreende características de comportamentos que são exclusivas dos seres humanos, traz consigo a noção de comportamento aprendido e ensinado, em vez de instintivo ou herdado (SANTOS, 2005).

Por outro lado, a cultura tem impacto no comportamento no trabalho e influencia no comportamento humano, mesmo que o ser humano não queira. A cultura influencia o modo como sentimos, agimos, pensamos e tomamos decisões. Dessa forma quando alguém é recém inserido em uma cultura aprende o que é considerado um comportamento aceitável ou não (BARBOSA; ROCHA, 2010).

A cultura de segurança geralmente se refere a um conjunto de crenças, valores e atitudes partilhadas por membros de uma organização, que se refletem nas suas ações diárias. Considerando esta definição, a incidência diária de múltiplos eventos adversos em hospitais e clínicas, alguns deles fatais, é o resultado da ausência de uma cultura de segurança que gera rotineiramente hábitos e práticas de segurança (FRANCO, 2005).

A cultura da segurança é cada vez mais reconhecida como uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente. É definida e medida de várias maneiras, podemos dizer que em essência, a cultura é “o modo como fazemos as coisas por aqui”, sendo que o aqui se refere à unidade de trabalho (PRONOVOST, SEXTON, 2005).

Estudos recentes do IOM alertam para as deficiências nas práticas de saúde atuais, apelando para a melhoria da cultura de segurança. Embora atualmente exista um debate quanto à definição precisa da cultura de segurança e adequação das condições do clima de segurança, há um acordo geral de que a cultura de segurança emerge das crenças compartilhadas, atitudes e valores do pessoal de uma organização (SEXTON, HUANG, CLERMONT, 2007).

A construção de uma cultura de segurança envolve o compromisso com a segurança, articulado nos níveis mais altos da organização e traduzido em valores, crenças e normas de comportamento em todos os níveis; além de recursos, incentivos e benefícios previstos pela organização para permitir que este compromisso possa ocorrer. Salientando-se, ainda, que a segurança deve ser elencada como prioridade, permitindo uma comunicação freqüente e sincera entre os trabalhadores e entre os níveis organizacionais, proporcionando abertura para o relato dos problemas e dos erros quando e como eles ocorrem. Além disso, deve-se valorizar e estimular a aprendizagem organizacional, buscando-se resolver os problemas com intuito de melhorar o desempenho do sistema, ao invés de se estabelecer culpas individuais (SINGER et al., 2003).

Na prática diária percebe-se que os profissionais, na sua grande maioria, persistem em apontar os culpados, omitir os fatos e tentar se excluir do cenário em que o erro ocorreu. A notificação e a aceitação da existência de eventos adversos facilitam a investigação do processo em que o erro ocorreu, pois falhas acontecem. Os erros e eventos adversos devem ser analisados para elucidar as possíveis causas, direcionando medidas de prevenção e redução de erros (BECCARIA; PEREIRA; CONTRIN et al., 2009).

As organizações de saúde precisam de esforços para superar a cultura tradicional da culpa e do castigo e incentivar a cultura da segurança, baseada na cultura do relato e do aprendizado e não punitiva (QUINTO NETO, 2006). Os profissionais de saúde devem se sentir seguros ao relatar a ocorrência de um erro (NASCIMENTO et al., 2008).

A cultura de segurança pode ser mensurada através da utilização de instrumentos de avaliação de clima de segurança, que objetivam descobrir as atitudes da força de trabalho e suas percepções em um determinado período (HSE, 2005).

Um primeiro passo para avaliar a cultura de segurança do paciente, é garantir que o instrumento de pesquisa utilizado seja validado e confiável, possibilitando dimensionar o que se quer medir e produzir resultados semelhantes ao repetir a medição. É importante destacar que quando o número de respondentes for inferior a 60%, os dados representam as opiniões desses profissionais, e não a cultura, desse modo os resultados devem ser usados com cautela (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

O *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) é um questionário que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente. É considerado como o instrumento mais adequado e utilizado em estudos em todo o mundo, o que facilita principalmente iniciar o processo para melhorar a segurança do paciente (JCR, 2007).

A recomendação é que os hospitais devem aplicar o SAQ a cada 12 a 18 meses para gerar um perfil aprofundado dos pontos fortes e fracos dentro de uma determinada área de cuidados, através de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, o reconhecimento de estresse, o clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, possibilitando a implementação de intervenções apropriadas (JCR, 2007).

As pesquisas que investigam a cultura de segurança procuram interpretar os problemas relacionados à segurança do paciente que são específicos em cada unidade, buscando conhecer e incorporar as contribuições decorrentes do estudo (MARCK; CASSIANI, 2005). Além disso, a avaliação da cultura de segurança deve incluir uma apresentação dos resultados encontrados à equipe, bem como aos gestores, seguido de um plano de intervenções para promover a cultura e consequentemente a segurança do paciente (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

A experiência de hospitais e instituições de saúde demonstra que

a partir da avaliação periódica da cultura de segurança nessas organizações o diálogo regular e discussões sobre os pacientes tornaram-se mais frequentes, com o objetivo de criar soluções para os problemas existentes (JCR, 2007; SEXTON et al., 2006).

A aplicação do SAQ para a identificação de pontos fortes e fracos e também para a implementação de intervenções pertinentes, não significa que a ocorrência de eventos adversos ou danos possam ser totalmente evitados. No entanto, fica assegurado que os cuidados de saúde prestados são tão seguros quanto possíveis e, que, em situações nas quais algo possa dar errado, as ações corretivas serão tomadas em um curto espaço de tempo e com base na melhor evidência disponível (IOM, 2000).

4 CONCEITOS INTER-RELACIONADOS

A seguir, estão apresentados os principais conceitos que se destacam no presente estudo: ser humano, ambiente, saúde, enfermagem, cuidado de enfermagem, segurança do paciente e cultura de segurança. Esses conceitos foram definidos a partir de uma abordagem pessoal e com fundamentação em autores que complementaram o significado dos mesmos.

O conjunto de conceitos e pressuposições mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem podem ser considerados como marco de referência para utilização na prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidade (SILVA; ARRUDA, 1993).

Ser humano: neste estudo, o conceito de ser humano é contemplado pela equipe de enfermagem, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de internação cirúrgica onde a pesquisa foi realizada. Para este conceito utiliza-se a definição proposta por Radünz (1999) que percebe o ser humano de uma maneira ampla, um indivíduo que pensa, sente, decide, percebe, tem crenças e valores próprios, que interage e tem capacidade para ensinar e aprender, para crescer e se desenvolver.

Ambiente: refere-se ao cenário em que a enfermagem ocorre que varia do lar do indivíduo às instituições de saúde (FAWCETT, 1995). Neste estudo se configura o ambiente hospitalar, especificadamente em unidades de internação cirúrgica, onde os profissionais de enfermagem exercem o cuidado e desenvolvem uma cultura da segurança.

Saúde é o estado de bem estar do indivíduo, que pode variar do bem-estar à doença terminal (FAWCETT, 1995). Para Radünz (1999, p. 14)

saúde é um processo contínuo, com estados situacionais dinâmicos e subjetivos, que permite ao ser humano o funcionamento nos seus papéis, com prazer. Este funcionar nos seus papéis depende da percepção de cada ser humano do que seja necessário para tal.

Portanto, **doença** é considerada o desequilíbrio do bem estar, não obrigatoriamente a presença de uma patologia.

Enfermagem: Durante a prática de um cuidado, a enfermagem precisa respeitar os valores e os anseios do paciente, porém ter como

primordial a promoção da segurança do paciente. A Enfermagem é uma profissão constituída por profissionais que possuem conhecimentos teóricos e práticos para a prestação de sua prática essencial: o cuidado; tendo como objetivo a promoção à saúde, a prevenção da doença e a reabilitação. Neste estudo, a Enfermagem será constituída por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, profissionais suscetíveis a erros decorrentes da prestação de cuidados, porém em sua maioria não relatados, em decorrência da cultura da culpa e da punição.

Cuidado de enfermagem: Neste estudo o conceito adotado está baseado em Radünz (1999), que afirma que o cuidado de enfermagem é fazer com ou para o outro aqueles procedimentos, terapias e processos que ele não sabe ou não consegue executar, de modo seguro.

O cuidado de enfermagem é desenvolvido em um ambiente no qual erros podem acontecer, no entanto, na maioria das vezes, os erros podem ser prevenidos, pois muitos deles são causados por falhas de sistemas, processos e falta de condições, levando os profissionais a cometê-los ou mesmo incapacitando-os para impedir sua ocorrência. O **erro** em saúde é definido pela não realização de uma ação planejada como pretendida ou aplicação de um plano de maneira incorreta (IOM, 2000).

Segurança do paciente: princípio fundamental do cuidado ao paciente e um componente crítico de gestão da qualidade (IOM, 2004). É a redução do risco de danos ao paciente a um mínimo aceitável. O mínimo aceitável se refere às noções coletivas de um determinado conhecimento atual, os recursos disponíveis e ao contexto em que o cuidado foi avaliado contra o risco de não-tratamento ou outros tratamentos (WHO, 2009). Uma instituição ou um setor de saúde considerado seguro é um ambiente de qualidade e confiável.

Cultura de Segurança: para definição da cultura de segurança utilizou-se o conceito proposto pela OMS, em 2009, por meio da publicação do relatório *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety* - (WHO, 2009). O conceito de cultura de segurança é definido pela *Health and Safety Commission* como um conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de saúde de uma organização e em torno da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros, determinando o empenho, estilo e competência dessa organização. (HSC, 1993).

5 MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal. Um *survey* é caracterizado como uma pesquisa não-experimental que permite a obtenção de informações referentes ao *status* de alguma situação. As informações coletadas se referem às ações, conhecimentos, atitudes e valores dos indivíduos. O método *survey* tem um importante papel nas pesquisas de opinião e levantamentos estatísticos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Devido a essas características, o método *survey* foi escolhido para este estudo, por ser considerado o mais adequado para pesquisar atitudes e valores por meio de um questionário.

A característica transversal do estudo, deve-se ao fato de que a coleta de dados foi realizada em um ponto do tempo, em determinada época delimitada, obtendo um recorte momentâneo do que foi pesquisado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O estudo tem uma abordagem também qualitativa, do tipo exploratória, que permitiu identificar a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica quanto à aplicação do SAQ. Elegeu-se a abordagem qualitativa por ser considerada a mais indicada para compreender opiniões, entendendo que os seres humanos são únicos e atribuem significados a suas experiências (SILVA; MENEZES, 2001).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL

O estudo foi realizado em duas unidades de internação cirúrgica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) – Florianópolis, Santa Catarina.

Em 1964, o HU - UFSC começou a ser construído no Campus Universitário da Trindade, porém a sua fundação e inauguração ocorreram somente em maio de 1980, após intensa luta da área acadêmica e da comunidade junto ao governo federal (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2010b).

Inicialmente foram instalados os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente, foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI (Unidade de Terapia Intensiva) adulto. A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia, foram implantadas em outubro do ano de 1995 e finalmente em 1996, foi concretizada a implantação da Maternidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2010b).

O HU-UFSC concentra os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: para a assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Possui 26.158,12 m² de área construída, onde circulam cerca de 3500 pessoas diariamente, pacientes e seus acompanhantes, profissionais de saúde, professores, alunos, voluntários e colaboradores, os quais atuam e contribuem para a qualidade da assistência à saúde, da vida e do aperfeiçoamento deste complexo hospitalar. Por se tratar de um hospital universitário, promove a articulação entre ensino, pesquisa e extensão, por meio da assistência à saúde, sendo o único hospital totalmente público do Estado, prestando serviços gratuitos à população (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2010b).

Atualmente o HU conta com 268 leitos e o trabalho multidisciplinar de 1279 funcionários. A Enfermagem tem cerca de 600 trabalhadores, destacam-se o compromisso com a Educação Permanente, estimulando a formação de profissionais para serem especialistas, mestres e doutores, bem como o aprimoramento técnico-científico por meio de atividades educativas realizadas pela Comissão de Educação e Pesquisa em Enfermagem, CEPEN (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO – UFSC, 2010b).

A Unidade de Internação Cirúrgica I (UIC-I) é uma unidade de internação que atende prioritariamente pacientes em pré e/ou pós-operatório das seguintes especialidades cirúrgicas: gastrointestinal e vias biliares, torácica, cabeça e pescoço, otorrinolaringologia, neurocirurgia, transplante hepático e bucomaxilofacial. A equipe de enfermagem da UIC I é composta por 8 enfermeiros, 17 técnicos de enfermagem e 6 auxiliares de enfermagem, totalizando 31 profissionais.

A Unidade de Internação Cirúrgica II (UIC-II) atende prioritariamente os pacientes em pré e/ou pós-operatório das especialidades cirúrgicas: vascular, proctologia, ortopedia, plástica e urologia. Na UIC II, a equipe é constituída por 8 enfermeiros, 21 técnicos de enfermagem e 3 auxiliares de enfermagem, totalizando 32 profissionais.

As duas unidades de internação estão localizadas no quarto andar do HU, cada uma possui trinta leitos distribuídos em doze quartos, todos ativos, podendo ser transformados em quartos feminino ou masculino conforme a demanda local.

Neste estudo, as unidades de internação foram identificadas de forma aleatória como Unidade A e B, para garantir o anonimato dos participantes.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi formada por todos os membros da equipe de enfermagem que inclui: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exercem suas atividades profissionais nas unidades de internação cirúrgica do HU/UFSC.

A amostra do estudo foi do tipo não probabilística intencional, totalizando 46 profissionais nas duas unidades, sendo 30 profissionais da Unidade A e 16 da Unidade B.

A amostra é não probabilística quando o pesquisador seleciona ao acaso os elementos que serão observados. Quanto à característica intencional está relacionada quando o pesquisador seleciona um grupo de pessoas que são relevantes de serem observadas (NASSAR; WRONSCKI; OHIRA et al., 2011).

Os critérios de inclusão estabelecidos para seleção dos participantes para o estudo foram os seguintes:

- O profissional de enfermagem ter atuação mínima de 4 semanas nas unidades de internação cirúrgica onde o estudo foi realizado, pois acredita-se que antes desse período o profissional não está suficientemente exposto à cultura de sua unidade, tendo dificuldade em responder adequadamente o questionário, o SAQ (SEXTON; THOMAS, 2003);

- Aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critério de exclusão foram considerados os afastamentos profissionais no período da coleta de dados, por afastamentos de longa duração, como: licença para tratamento de saúde, licença maternidade, liberação para cursos de longa duração (especialização, mestrado e doutorado). Tal exclusão deve-se ao fato do distanciamento do profissional na dinâmica atual das unidades em estudo no momento da

pesquisa.

Todos os profissionais de enfermagem que atuam na Unidade A atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo, porém um questionário foi devolvido sem preenchimento, totalizando nessa unidade 30 profissionais que responderam o instrumento de coleta de dados. Na Unidade B, 10 profissionais foram excluídos do estudo, a saber: 8 profissionais que estavam afastados do trabalho no período de coleta de dados por afastamentos de longa duração, e 2 profissionais que não aceitaram participar do estudo. Ainda nesta unidade, 22 profissionais foram incluídos no estudo, porém 6 questionários não foram devolvidos.

Dessa forma, obteve-se uma taxa de resposta geral que corresponde a 86,7%. Na unidade A, a taxa de resposta foi de 96,7%, na unidade B, 72,7%. De acordo com os autores do SAQ, são consideradas como boas taxas de respostas os valores entre 65 a 85% (SEXTON; THOMAS, 2003).

Na abordagem qualitativa, apenas 34 participantes responderam a questão discursiva, de um total de 47 participantes do estudo, sendo 22 profissionais da Unidade A e 12 profissionais da Unidade B.

5.4 VARIÁVEIS

Neste estudo, as variáveis são apresentadas em relação à forma de mensuração, são classificadas como qualitativas (QL) nominais e ordinais, ou quantitativas (QT) contínua. Estão listadas de acordo com sua classificação e definidas de modo nominal e operacional.

5.4.1 Cultura de Segurança (QL Nominal): consiste no conjunto de comportamentos, atitudes, percepções, crenças e valores de profissionais de saúde de uma organização e em torno da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros, determinando o empenho, estilo e competência dessa organização (HSC, 1993).

5.4.2 Variáveis descritivas do profissional

São também conhecidas como variáveis sócio-demográficas e são utilizadas para descrever a amostra em estudo, registradas pelo

profissional (HARDY, 2002).

- **Categoria profissional (QL Ordinal com 4 categorias):** função profissional exercida na unidade, através da escolha das seguintes categorias: enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem ou não respondeu.

- **Sexo (QL Nominal com 3 categorias):** gênero considerado pelo profissional, registrado em masculino, feminino ou não respondeu.

- **Idade (QL Ordinal com 5 categorias):** número de anos completos de idade, a partir do nascimento estratificados segundo as categorias: 20 a 30 anos; 31 a 40 anos; 41 a 50 anos; 51 anos ou mais; não respondeu.

- **Tempo de experiência profissional (QL Ordinal com 5 categorias):** tempo, em anos inteiros, que o profissional exerce suas atividades profissionais na unidade do estudo, estratificados segundo as categorias: 4 semanas a 1 ano; 1 ano e um mês a 5 anos; 5 anos e um mês a 10 anos; 10 anos e um mês ou mais; não respondeu.

5.4.3 Variáveis relacionadas com as dimensões do SAQ

As variáveis relacionadas com as seis dimensões do SAQ estão apresentadas a seguir, e após cada definição da variável, estão dispostos os itens que contemplam cada dimensão, identificados da mesma forma que estão no instrumento, tanto na forma numérica como nominal.

Dimensão 1

Clima do trabalho em equipe (QT Contínua): considerado como a qualidade percebida de colaboração entre a equipe de trabalho (SEXTON; THOMAS, 2003).

- **Item 3.** As contribuições da enfermagem são bem recebidas nesta unidade.
- **Item 26.** Nesta unidade, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente (**item reverso**).
- **Item 32.** Discordâncias nesta unidade são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente).
- **Item 36.** Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes.
- **Item 37.** É fácil para a equipe desta unidade fazer perguntas

quando há algo que não é compreendido.

- **Item 40.** Os médicos e enfermeiros aqui trabalham como uma equipe bem coordenada.

Dimensão 2

Clima de segurança (QT Contínua): percepções dos profissionais de um forte compromisso e dinâmica organizacional voltado para a segurança (SEXTON; THOMAS, 2003).

- **Item 4.** Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente.
- **Item 5.** Erros médicos são gerenciados apropriadamente nesta unidade.
- **Item 11.** Eu recebo feedback (retorno) adequado sobre meu desempenho.
- **Item 12.** Nesta unidade é difícil discutir erros (**item reverso**).
- **Item 22.** Eu sou encorajado pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha reativa à segurança do paciente.
- **Item 23.** A cultura nesta unidade torna fácil aprender com o erro dos outros.
- **Item 30.** Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade.

Dimensão 3

Satisfação no trabalho (QT Contínua): satisfação e positividade sobre a experiência do trabalho (SEXTON; THOMAS, 2003).

- **Item 2.** Gosto do meu trabalho.
- **Item 8.** Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família.
- **Item 15.** Este hospital é um bom local para trabalhar.
- **Item 31.** Tenho orgulho de trabalhar neste hospital.
- **Item 44.** A moral da equipe desta unidade é alta.

Dimensão 4

Reconhecimento do estresse (QT Contínua): o reconhecimento dos profissionais de como o desempenho é influenciado pelo estresse (SEXTON; THOMAS, 2003).

- **Item 27.** Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado.
- **Item 33.** Sou menos afetivo no trabalho quando estou cansado

(a).

- **Item 34.** Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas.
- **Item 50.** A fadiga prejudica o meu desempenho durante o cuidado de rotina.

Dimensão 5

Percepções da gestão (QT Contínua): a aprovação, por parte dos profissionais, do trabalho exercido pela gestão hospitalar (SEXTON; THOMAS, 2003).

- **Item 10.** A administração do hospital apóia meus esforços diários.
- **Item 18.** A administração do hospital não compromete intencionalmente na segurança dos pacientes.
- **Item 19.** O tamanho da equipe desta unidade é suficiente para gerenciar o número de pacientes.
- **Item 28.** Eu recebo informação adequada e em tempo sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho.

Dimensão 6

Condições de trabalho (QT Contínua): qualidade percebida pelos profissionais do ambiente de trabalho e apoio logístico, como recursos humanos, equipamentos, e outros (SEXTON; THOMAS, 2003).

- **Item 6.** Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novo pessoal.
- **Item 7.** Toda informação necessária para decisões terapêuticas e diagnósticos estão disponíveis para mim rotineiramente.
- **Item 24.** Este hospital lida construtivamente com o problema de pessoal
- **Item 45.** Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados.

5.5 COLETA DE DADOS

Esta seção pretende esclarecer a operacionalização do processo de coleta de dados deste estudo.

5.5.1 Antes da coleta de dados

A etapa realizada antes da coleta de dados deu-se através das seguintes ações:

- entrega de uma cópia do projeto de pesquisa ao Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem (CEPEn) do HU/UFSC para conhecimento da pesquisa e do início da coleta de dados;
- agendamento e realização de uma reunião com cada chefia das unidades de internação em estudo. Essa ação teve o objetivo de esclarecer o estudo, sua relevância e solicitar apoio para a coleta de dados e um espaço reservado para a permanência da urna lacrada, que foi utilizada para armazenamento dos envelopes contendo o instrumento. Foi dada ênfase para as chefias em fazer contato com os pesquisadores responsável e/ou principal sobre a necessidade de esclarecimentos acerca da pesquisa, se necessário. Foram disponibilizados os telefones e endereços para contato.

5.5.2 Para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a julho do ano de 2011, e foi composta dos seguintes passos:

- comparecimento do pesquisador na unidade para primeiro contato com o enfermeiro responsável pelo plantão. Nesse momento foi apresentado o projeto de pesquisa, enfatizando a relevância e a metodologia do estudo, solicitando colaboração e espaço no seu turno de trabalho para agendamento de dia e horário adequado para a apresentação do projeto aos demais profissionais.
- comparecimento do pesquisador nos dias e horários previamente agendados, em cada turno de trabalho, para apresentação do projeto de pesquisa aos profissionais. Após a explanação todos foram convidados a participar da pesquisa. Mesmo previamente agendadas, por várias vezes a pesquisadora teve que aguardar o momento mais apropriado para entrega do SAQ, pois os profissionais estavam ocupados. Esse tipo de abordagem, ou seja, entregar o instrumento em mãos é considerado o método mais adequado para alcançar melhores taxas de respostas, cerca de 60-70% (SEXTON; THOMAS, 2003).
- recebimento do TCLE pelos profissionais que aceitaram o convite, em duas vias, ficando uma com o participante e outra com o

pesquisador. Foram orientados quanto ao conteúdo do termo e quanto ao seu preenchimento, enfatizando quanto ao compromisso do pesquisador e possível desistência do participante, a qualquer momento do estudo sem qualquer tipo de dano ou penalidade;

- recebimento de um envelope com o questionário pelos participantes

- esclarecimento dos participantes quanto ao preenchimento do questionário, importância do retorno do instrumento e que após o preenchimento o envelope deveria ser lacrado e posteriormente armazenado na urna lacrada que estava disponível na unidade, na sala da chefia de enfermagem.

5.5.3 Instrumento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - versão cirúrgica (Anexo B), intitulado como Questionário de atitudes de segurança, após tradução para o português, a partir do SAQ versão UTI - Anexo A (SEXTON; THOMAS, 2003). A aplicação do instrumento foi autorizada após solicitação a um dos autores, Eric Thomas, conforme Anexo C.

O SAQ é um instrumento de pesquisa psicométrico, que avalia as atitudes do cuidador relevantes para a segurança do paciente. Esse instrumento foi desenvolvido e validado por Bryan Sexton, Eric Thomas e Robert Helmreich, do Centro de Excelência em Pesquisa e Prática em Segurança do Paciente (*Center of Health Care and Safety – Memorial Hermann Hospital*), proveniente da Universidade do Texas. É considerado um refinamento do *Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* (ICUMAQ), que foi obtido a partir de um questionário amplamente utilizado na aviação comercial, o *Flight Attitudes Management Questionnaire* (FMAQ), que tem uma história de 20 anos nessa área, criado depois da constatação de que a maioria dos acidentes aéreos acontece devido a falhas humanas (SEXTON et al., 2006).

O SAQ explicita as atitudes dos profissionais de saúde através de 6 dimensões: percepções de gestão, clima trabalho em equipe, reconhecimento de estresse, clima de segurança, satisfação no trabalho, e condições de trabalho. Foi adaptado para uso em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos, internamento geral (clínica médica e

cirúrgica) e em ambulatorios (SEXTON et al., 2006).

Para cada versão do SAQ o conteúdo do item é o mesmo, com pequenas modificações para refletir a área clínica, por exemplo, “Nesta UTI, é difícil discutir erros” e “Nesta unidade de internação, é difícil discutir erros”. Composto por dados de informação demográfica (idade, sexo, experiência profissional) e 64 itens que deverão ser respondidos usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo fortemente, discordo, neutro, concordo e concordo fortemente), uma seção para avaliação da qualidade do grau de colaboração e comunicação em relação aos profissionais que compõem a equipe de trabalho, e 1 questão discursiva. Acredita-se que em aproximadamente 15 minutos o SAQ pode ser respondido (SEXTON et al., 2006). Ressalta-se que dos 64 itens existentes no SAQ, apenas 30 são considerados para avaliar as seis dimensões de segurança que este instrumento contempla.

O questionário não possui identificação dos participantes, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Para cada participante foi entregue 01 envelope, que após o preenchimento foi lacrado e devolvido em uma urna lacrada que estava disponível na sala da chefia de enfermagem da unidade.

Garantir a confidencialidade do entrevistado é uma prioridade absoluta para a aplicação do SAQ, devido ao conteúdo e impacto das respostas, permitindo a qualidade (honestidade) dos resultados (SEXTON; THOMAS, 2003).

Foi realizado um pré-teste do SAQ com 5 profissionais de enfermagem que já atuaram nas unidades em estudo, com o objetivo de testar a compreensão da tradução realizada, para realização de possíveis ajustes no questionário, visto que tais profissionais conhecem a realidade em estudo, facilitando a identificação das fragilidades e contribuindo para o aperfeiçoamento do questionário e sua aplicação.

Para conhecer a opinião dos participantes quanto à aplicação do SAQ, foi acrescentada ao final do questionário, uma questão aberta com abordagem qualitativa.

Após recolhimento da urna, os envelopes foram entregues para um digitador que realizou a digitação de todos os instrumentos e novamente lacrou os envelopes e devolveu os mesmos à pesquisadora para arquivamento. Essa iniciativa buscou assegurar o anonimato dos participantes, visto que a pesquisadora principal exerce suas atividades profissionais em um dos locais de estudo, podendo identificar através do tipo da letra a identidade do participante da pesquisa.

Todos os questionários foram enumerados sequencialmente para facilitar o acompanhamento da digitação.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

5.6.1 Abordagem quantitativa

A organização dos dados foi realizada pelo *Software Microsoft Office Excel 2003*® e posteriormente exportados para a ferramenta computacional on-line SestatNet - Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web (NASSAR; WRONSKI; OHIRA et al., 2011).

Os dados coletados foram analisados a partir de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão). Para a estatística inferencial foram realizados testes entre variáveis qualitativas e quantitativas, sendo que devido a não normalidade de distribuição dos dados foi realizado o teste ANOVA (Análise de Variância) de Kruskal Wallis. Para este estudo, considerou-se o nível de significância $p\text{-valor} \leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

A estatística descritiva foi escolhida por ser indicada para sumarizar a informação de um conjunto de dados. Quanto à estatística inferencial foi utilizada para identificar o padrão de associação entre as variáveis (NASSAR; WRONSKI; OHIRA et al., 2011).

Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão, considerando uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100, convertendo os 5 pontos da escala de Likert da seguinte forma: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75 e 5=100. Assim, são consideradas respostas positivas aquelas assinaladas como Concordo e/ou Concordo fortemente, respectivamente pontuados como 4 e 5, com exceção de dois itens formulados de maneira inversa.

5.6.2 Abordagem qualitativa

A análise qualitativa dos dados foi realizada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2004). Esta análise é definida com um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 2004).

A análise de conteúdo propõe três momentos distintos, de

acordo com Bardin (2004):

- Pré-análise: fase de organização do material que tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, conduzindo a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, em um plano de análise.

- Exploração do material: neste momento é realizada a codificação do material, relacionado aos objetivos do estudo e após agrega-se as unidades de significado em categorias.

- Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação: com base na literatura de fundamentação do estudo, é realizada a inferência e a interpretação dos dados, estabelecendo relações entre o objeto de análise e seu contexto mais amplo, proporcionando novas reflexões.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de normas sobre pesquisa com seres humanos. A resolução assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado, garantido também os referenciais básicos da bioética: sigilo, anonimato, autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 1996).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi desenvolvido de maneira clara e objetiva, garantindo postura ética do pesquisador em relação aos participantes da pesquisa e também a integridade e o bem do pesquisador. O termo foi assinado mediante aprovação do participante após esclarecimento detalhado sobre a pesquisa, risco e consequência, bem como direito à desistência a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo.

O TCLE (Apêndice A) foi disponibilizado em duas vias, sendo que uma via ficou em posse do participante do estudo e a outra foi arquivada pelo pesquisador.

O estudo foi submetido e aprovado sem ressalvas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina em 29 de novembro de 2010, certificado pelo número 1076 (Anexo D).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões estão apresentados em forma de dois artigos conforme a Instrução Normativa 10/PEN/2011 de 15 de junho de 2011 (Anexo E) que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Os artigos visam responder aos objetivos propostos no estudo e serão apresentados da seguinte forma: o primeiro artigo visa responder o objetivo: (1) avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), e o segundo artigo pretende responder o objetivo a seguir: (2) conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

O primeiro artigo está intitulado como “Cultura de segurança do paciente em unidades de internação cirúrgica: avaliação pela equipe de enfermagem”, e o segundo tem como título “Opinião da enfermagem sobre a aplicação de um instrumento de avaliação da cultura de segurança”.

6.1 ARTIGO 1 - CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: AVALIAÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CIRÚRGICA: AVALIAÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM¹

PATIENT SAFETY CULTURE IN SURGICAL INPATIENT CARE UNITS: NURSING TEAM EVALUATION

CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL: EVALUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

Monique Mendes Marinho²

Vera Radünz³

Sayonara de Fátima Faria Barbosa⁴

RESUMO

Objetivo: Avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

Metodologia: Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal, realizado nas duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário da Grande Florianópolis, SC, Brasil. Aplicou-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) a 46 profissionais de enfermagem. Para análise dos dados utilizou-se a estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Os escores mais altos e favoráveis estão relacionados à dimensão “Satisfação no trabalho”, e as dimensões com menores escores foram: “Percepções da gestão” e “Condições de trabalho”. Em relação à idade do profissional, os profissionais mais jovens destacaram-se com

¹ Resultado parcial da Dissertação do Mestrado intitulada Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Endereço para correspondência: Rua das Cabreúvas, n.88, Pedra Branca, Palhoça/SC. CEP: 88137-435. Telefone: (48) 3721-9172. E-mail: moniquemarinho@yahoo.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE). E-mail: sayonara@ccs.ufsc.br

maiores escores na maioria das dimensões. Quanto às categorias profissionais, os escores superiores estão relacionados aos auxiliares de enfermagem. **Conclusão:** A avaliação da cultura de segurança nas unidades do estudo demonstra fragilidade nas seis dimensões avaliadas.

Descritores: Segurança, Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Cultura, Unidades de Internação.

ABSTRACT

Objective: To evaluate patient safety culture from the perspective a nursing team in the surgical inpatient units of a university hospital using the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ). **Methods:** Survey of a quantitative approach, cross-sectional survey, conducted in two surgical units of a university hospital in Florianópolis, SC, Brazil. The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) was applied to 46 nursing professionals. Data analysis used the descriptive and inferential statistics. **Results:** The higher scores are related to favorable and "Job satisfaction", and the dimensions with lower scores were: "Perceptions of management" and "working conditions". Concerning the age of the professionals, young professionals stood out with higher scores in most dimensions. As for the professional categories, the higher scores are related to nursing assistants. **Conclusion:** The evaluation of safety culture in the units of the study demonstrates weakness in six assessed dimensions.

Descriptors: Safety, Nursing, Nursing Care, Culture, Inpatient Care Units.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la cultura de la seguridad del paciente desde la perspectiva de las enfermeras de las unidades de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ). **Metodología:** Estudio de un enfoque cuantitativo, de tipo cruz encuesta, realizada en dos unidades quirúrgicas de un hospital universitario de Florianópolis, SC, Brazil. Se aplicó el Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ) y 46 profesionales de enfermería. El análisis de datos utilizado la estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** Las puntuaciones más altas son favorables y relacionados con la "satisfacción en el trabajo", y las dimensiones con puntuaciones más bajas fueron: "La percepción de la gestión" y "condiciones de trabajo". En cuanto a la edad de los profesionales profesionales, los jóvenes se destacó con las puntuaciones más altas en la mayoría de las dimensiones. En cuanto a las categorías profesionales, los puntajes más

altos se relacionan con los auxiliares de enfermería. **Conclusión:** La evaluación de la cultura de la seguridad en las unidades de estudio demuestra debilidad en seis dimensiones evaluadas.

Descriptor: Seguridad, Enfermería, Atención de Enfermería, Cultura, Unidades de Internación.

INTRODUÇÃO

A prestação de cuidados de saúde é considerada um desafio mundial devido ao grande número de problemas relacionados à segurança dos pacientes. O tradicional juramento médico, baseado em Hipócrates – “Primeiro não causar dano” –, raramente é violado deliberadamente pelos médicos, enfermeiros, ou outros profissionais, mas a verdade é que os pacientes são prejudicados diariamente em todo o mundo, no decurso do cuidado à saúde (OMS, 2007).

O cuidado à saúde é frequentemente desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados e que se transforma muito rápido, envolvendo um vasto aparato tecnológico e muitas decisões e julgamentos individuais pelos profissionais de saúde. Nestas circunstâncias os erros podem acontecer (WHO, 2004).

A preocupação maior com a segurança do paciente surgiu há mais de 30 anos, a partir de estudos em países desenvolvidos que tiveram resultados altamente negativos, trazendo questionamentos quanto à qualidade de assistência de saúde prestada em todo mundo. Esses estudos mostraram que os eventos adversos causaram lesão decorrente do cuidado que levou à incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente. Esses eventos seriam evitáveis em torno de 30% a 60% nas situações descritas (ZAMBON, 2008).

A publicação considerada um alerta mundial para a problemática da segurança do paciente foi o livro *To Err is Human: Building a Safer Health System* apresentado em 1999, pelo *Institute of Medicine* dos EUA, demonstrando que cerca de 44000 a 98000 pessoas nesse país morriam anualmente como resultado de erros em saúde, os quais deveriam ser evitados (IOM, 2000).

A compreensão da magnitude que envolve o problema da segurança e os principais fatores que levam à ocorrência de erros é essencial para se conceber soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, e para construir sistemas de saúde mais seguros (WHO, 2008).

Os estudos que demonstram o grave problema com a segurança do paciente destacam a necessidade do desenvolvimento de uma cultura de segurança por parte das organizações de saúde, permitindo que a força de trabalho e os processos estejam voltados para a melhoria da confiança e segurança dos cuidados aos pacientes (IOM, 2000). Acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir melhores resultados da segurança do paciente é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001).

O termo cultura de segurança foi introduzido após o acidente nuclear de Chernobyl em 1986 (COOPER, 2000). A cultura de segurança pode ser definida como o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros (HSC, 1993).

A cultura da segurança é cada vez mais reconhecida como uma estratégia importante para a melhoria do déficit generalizado na segurança do paciente. É definida e mensurada de várias maneiras e podemos dizer que em essência, a cultura é o “modo como fazemos as coisas por aqui”, sendo que o “aqui” se refere à unidade de trabalho (PRONOVOST; SEXTON, 2005).

Acredita-se que a cultura punitiva, que historicamente tem pairado nas instituições de saúde, gera mais danos que benefícios. Além disso, acreditando que sempre haverá erros, a ação mais lógica e necessária para a organização deve ser dirigida para a criação de uma cultura institucional educativa e não punitiva, tendo como ponto de partida o relatório e análise de erros e eventos adversos (FRANCO, 2005).

Assim, as organizações de saúde precisam de esforços para superar a cultura tradicional da culpa e do castigo, e incentivar a cultura da segurança, baseada na cultura do relato e do aprendizado (QUINTO NETO, 2006).

A cultura de segurança pode ser mensurada subjetivamente por meio da utilização de questionários de clima de segurança, que objetivam descobrir as atitudes da força de trabalho e suas percepções em um determinado período (HSE, 2005). Acredita-se que essa prática é um passo importante para melhoria da segurança (SEXTON; THOMAS, 2003).

Neste estudo foi utilizado o *Safety Attitudes Questionnaire*

(SAQ), um instrumento de pesquisa psicométrica, considerado como a ferramenta de melhor escolha para essa mensuração, além de ser formalmente validado e utilizado em todo o mundo (JCR, 2007).

De modo a gerar um perfil aprofundado dos pontos fortes e fracos dentro de uma determinada área de cuidados, é recomendado que os hospitais apliquem o SAQ a cada 12 a 18 meses, e a identificação destes diferentes pontos é obtida a partir da avaliação de seis dimensões: percepções de gestão, clima de trabalho em equipe, o reconhecimento de estresse, o clima de segurança, satisfação no trabalho e condições de trabalho, possibilitando a implementação de intervenções apropriadas (JCR, 2007).

Assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo *survey* transversal, realizado em duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário da Grande Florianópolis. A população do estudo foi constituída pelos membros da equipe de enfermagem que incluiu: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exercem suas atividades profissionais nas unidades de internação cirúrgica em estudo, totalizando 46 profissionais. A amostra foi não probabilística intencional.

Foi considerado o seguinte critério de inclusão para seleção dos participantes: ter atuação profissional mínima de 4 semanas nos locais onde o estudo foi realizado. Como critério de exclusão foram considerados os afastamentos de longa duração (licença para tratamento de saúde, licença maternidade, liberação para cursos de longa duração) no período da coleta de dados.

Para realização do estudo foram respeitados os preceitos éticos dispostos na Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), sendo que o mesmo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo o certificado número 1076/10.

O instrumento para coleta de dados foi o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) - versão cirúrgica, após tradução para o português, com aplicação autorizada pelos autores, intitulado como Questionário de atitudes de segurança. O SAQ é um instrumento de pesquisa

psicométrico, largamente utilizado, que foi desenvolvido e validado pela Universidade do Texas (SEXTON et al., 2006).

O SAQ é composto por dados de informação demográfica (idade, sexo, categoria profissional e experiência profissional) e 64 itens expressos sob a forma de sentenças que devem ser respondidas usando uma escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente e concordo totalmente), uma seção para avaliação da qualidade do grau de colaboração e comunicação em relação aos profissionais que compõem a equipe de trabalho e 1 questão discursiva (SEXTON et al., 2006). Destes 64 itens, apenas 30 são considerados para avaliar as 6 dimensões de segurança a saber: clima do trabalho em equipe, satisfação no trabalho, percepções da gestão, clima de segurança, condições de trabalho e reconhecimento do estresse.

Para testar a compreensão da tradução do instrumento, foi realizado um pré-teste do SAQ com 5 profissionais de enfermagem que já atuaram nas unidades em estudo, que proporcionou a realização de ajustes no questionário.

A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a julho do ano de 2011. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa após esclarecimento do objetivo do estudo, da dinâmica da pesquisa e preenchimento do TCLE. Foi entregue um envelope contendo o questionário para cada participante que após o preenchimento foi colocado em uma urna lacrada disponível na unidade, garantindo o sigilo ao participante. Após recolhimento da urna, os envelopes lacrados foram entregues para um digitador que inseriu os dados dos instrumentos em planilha eletrônica para posterior cálculo, e novamente lacrou os envelopes e devolveu à pesquisadora para arquivamento, garantindo o anonimato.

A organização dos dados foi realizada pelo *Software Microsoft Office Excel 2003®* e posteriormente exportados para a ferramenta computacional on-line SestatNet - Ambiente de Ensino e Aprendizagem de Estatística na Web (NASSAR; WRONSCKI; OHIRA et al., 2011).

Os dados coletados foram analisados a partir de estatística descritiva (frequência absoluta, relativa, média, desvio padrão); para a estatística inferencial, foram realizados testes entre variáveis qualitativas e quantitativas, sendo que devido a não normalidade de distribuição dos dados foi realizado o teste ANOVA (Análise de Variância) de Kruskal-Wallis. Para este estudo, considerou-se o nível de significância p -valor $\leq 0,05$ para um intervalo de confiança de 95%.

Os itens do SAQ foram avaliados a partir de escores para a cultura de segurança do paciente em cada dimensão. Desta forma, o escore foi considerado positivo quando obtivesse uma pontuação maior ou igual a 75, em uma escala de 0-100, convertendo os 5 pontos da escala de Likert da seguinte forma: 1=0, 2=25, 3=50, 4=75 e 5=100. Assim, são consideradas respostas positivas aquelas assinaladas como Concordo e/ou Concordo fortemente, respectivamente pontuados como 4 e 5, com exceção de duas questões formuladas de maneira inversa.

RESULTADOS

Neste estudo, um total de 46 dos 53 profissionais de enfermagem que trabalham nas duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário e atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos completaram o SAQ. Dessa forma, obtivemos uma taxa de resposta que corresponde a 86,7%. Essas duas unidades de internação serão apresentadas como unidade A e unidade B, sendo que as taxas de respostas foram de 96,7%, e de 72,7%, respectivamente.

As características sócio-demográficas dos participantes do estudo estão apresentadas na Tabela 1. A análise dessas características revelou que a maioria dos profissionais corresponde a categoria técnico de enfermagem (52,3%), seguida por enfermeiros (31,8%) e auxiliares de enfermagem (15,9%). Houve predominância do sexo feminino, totalizando 83,7%. A idade dos profissionais variou entre 25 a 66 anos e está apresentada através de quatro faixas etárias. Em relação ao tempo de experiência desses profissionais nas unidades cirúrgicas obteve-se que a maioria atua há mais de 10 anos (44,2%) nessa área.

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário da Grande Florianópolis/SC, Brasil.

Características sóciodemográficas	n (%)
Categoria profissional (n=44)	
Enfermeiro	14 (31,8)
Técnico de enfermagem	23 (52,3)
Auxiliar de enfermagem	7 (15,9)
Não respondido	3
Sexo (n=43)	
Feminino	36 (83,7)
Masculino	7 (16,3)
Não respondido	4
Idade (n=39)	
20-30	8 (20,5)
31-40	12 (30,7)
41-50	10 (25,6)
51 ou mais	9 (23,1)
Não respondido	8
Tempo de experiência profissional nas unidades cirúrgicas (n=43)	
4 semanas – 1 ano	5 (11,6)
1 ano e 1 mês – 5 anos	7 (16,3)
5 anos e 1 mês – 10 anos	12 (27,9)
10 anos e 1 mês ou mais	19 (44,2)
Não respondido	4

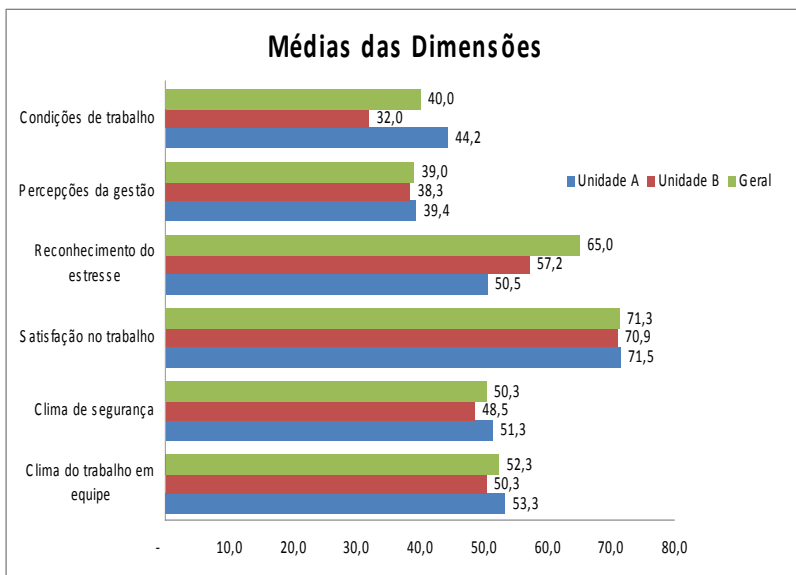
Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Todos os participantes possuem carga horária média de trabalho de 30 horas/semana, dividida em plantões de 6 horas (matutino e vespertino) e/ou plantões de 12 horas (diurno e noturno).

Os resultados das diferentes dimensões que compõem a avaliação da cultura de segurança do paciente nas unidades de internação cirúrgica mostraram que os mesmos foram similares nas unidades A e B, quando analisadas em um contexto geral.

O gráfico a seguir (Gráfico 1) apresenta os escores de cada uma das seis dimensões da cultura de segurança conforme o SAQ. Destacando a média encontrada para cada unidade e o geral, quando analisadas unidade A e B juntas.

Gráfico 1: Média das dimensões da cultura de segurança a partir da avaliação dos profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de internação cirúrgica do estudo.



Fonte: Resultados da própria pesquisa.

As unidades do estudo destacaram significativamente os escores mais altos e favoráveis em relação a dimensão “Satisfação no trabalho” (71,3), no qual o orgulho de trabalhar na instituição e o contentamento são destacados. Nessa dimensão é verificado que o item com escore mais alto (92,9) está relacionado com a seguinte afirmação: *Gosto do meu trabalho*.

Em relação aos itens que contemplam a dimensão “Reconhecimento do estresse”, foram pontuadas pelos profissionais de enfermagem com a segunda média mais alta do estudo (65). Porém, nesta dimensão, a Unidade A obteve a média mais baixa quando comparada com a Unidade B, no valor de 50,5 contra 57,2. Em relação às outras dimensões, a Unidade A sempre obteve o escore mais alto quando comparado com a outra unidade.

Os participantes da pesquisa pontuaram significativamente de forma mais negativa em relação a dimensão “Percepções da gestão” (39)

e “Condições de trabalho” (40). Porém, na Unidade B, destacou-se escores ainda mais baixos relacionados às “Condições de trabalho” (32). O item que teve destaque negativamente dentro dessa dimensão foi: *Os profissionais em treinamento na minha área são supervisionados adequadamente*, com escore de 21,7.

As dimensões “Clima de segurança” (50,3) e “Clima do trabalho em equipe” (52,3) se apresentaram com médias próximas. Porém em ambas as dimensões a Unidade B teve as médias um pouco mais baixas (48,5 e 50,3) quando comparadas à Unidade A.

Para a análise dos dados deste estudo também foi aplicado o teste ANOVA para avaliar diferenças significativas entre as dimensões da cultura de segurança e a idade do profissional de enfermagem (Tabela 2)

Embora as médias dos escores demonstrem diferenças nas faixas etárias avaliadas, apenas a dimensão “Condições de trabalho” apresentou-se estatisticamente significativa, com p-valor igual a 0,041.

Em cinco das seis dimensões avaliadas, foram identificadas médias inferiores na faixa etária de 31-40 anos. No entanto, as médias mais elevadas foram identificadas na maioria das dimensões, aos profissionais mais jovens, com idade entre 20-30 anos.

Tabela 2: Cultura de segurança do paciente segundo a idade do profissional de saúde e resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias.

Dimensão	Categoria	n	Média do Escore	Desvio Padrão	H	P _{valor}
Clima do trabalho em equipe	20-30 anos	8	57,81	13,98	2.62	0.62
	31-40 anos	12	48,95	13,77		
	41-50 anos	10	55,00	14,40		
	51 ou mais	9	51,38	12,67		
	Não respondido	7	51,19	17,46		
Clima de segurança	20-30 anos	8	48,80	13,05	2.29	0.68
	31-40 anos	12	44,94	14,40		
	41-50 anos	10	49,46	8,91		
	51 ou mais	9	52,11	11,93		
	Não respondido	7	52,55	15,52		
Satisfação no trabalho	20-30 anos	8	79,38	11,47	5.02	0.28
	31-40 anos	12	67,50	7,83		
	41-50 anos	10	70,00	20,13		
	51 ou mais	9	71,66	16,00		
	Não respondido	7	69,28	12,05		
Reconhecimento do estresse	20-30 anos	8	78,90	19,46	5.75	0.21
	31-40 anos	12	63,54	18,23		
	41-50 anos	10	61,25	20,36		
	51 ou mais	9	61,80	12,67		
	Não respondido	7	60,71	24,66		
Percepções da gestão	20-30 anos	8	38,28	16,84	4.09	0.39
	31-40 anos	12	33,33	12,30		
	41-50 anos	10	40,62	12,58		
	51 ou mais	9	45,13	11,17		
	Não respondido	7	39,28	11,24		
Condições de trabalho	20-30 anos	8	50,00	11,08	9.93	0.04
	31-40 anos	12	32,81	12,24		
	41-50 anos	10	38,12	14,86		
	51 ou mais	9	47,45	13,84		
	Não respondido	7	34,82	23,06		

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias profissionais não apresentou significância (Tabela 3). Porém, de acordo com a análise das médias, observou-se, na maioria das dimensões, valores inferiores relacionadas ao profissional enfermeiro, e superiores de acordo com a avaliação dos auxiliares de enfermagem.

Tabela 3: Cultura de segurança do paciente segundo a categoria profissional e resultado do teste ANOVA para as diferentes categorias.

Dimensão	Variável/ Categoria	n	Média do Escore	Desvio Padrão	H	p _{valor}
Clima do trabalho em equipe	Não respondido	2	37,5	05,89	5.52	0.13
	Enfermeiro	14	48,21	17,11		
	Téc. enfermagem	23	56,34	11,97		
	Aux. enfermagem	7	53,57	11,88		
Clima de segurança	Não respondido	2	42,85	10,10	3.17	0.36
	Enfermeiro	14	45,91	14,06		
	Téc. enfermagem	23	50,75	11,95		
	Aux. enfermagem	7	52,21	12,77		
Satisfação no trabalho	Não respondido	2	55,00	07,07	5.68	0.12
	Enfermeiro	14	68,57	10,08		
	Téc. enfermagem	23	72,60	15,21		
	Aux. enfermagem	7	76,42	16,25		
Reconhecimento do estresse	Não respondido	2	81,25	26,51	4.41	0.21
	Enfermeiro	14	69,19	13,53		
	Téc. enfermagem	23	63,85	22,84		
	Aux. enfermagem	7	55,35	12,19		
Percepções da gestão	Não respondido	2	31,25	17,67	0.78	0.85
	Enfermeiro	14	37,50	13,64		
	Téc. enfermagem	23	39,40	12,41		
	Aux. enfermagem	7	42,85	14,17		
Condições de trabalho	Não respondido	2	18,75	26,51	3.43	0.32
	Enfermeiro	14	37,94	14,80		
	Téc. enfermagem	23	41,12	14,06		
	Aux. enfermagem	7	47,32	18,70		

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

Além dos 64 itens, o SAQ contém uma seção para avaliar a qualidade da Colaboração e Comunicação com outros profissionais da equipe de trabalho (chefia médica, chefia de enfermagem, enfermeiro de turno, médicos efetivos, residentes, fisioterapeuta, escriturário). Essa avaliação foi realizada a partir de uma escala de com valores de 1 a 5 (1 = muito baixa, 2 = baixa, 3 = adequada, 4 = alta, 5 = muito alta), considerando como respostas positivas as respostas pontuadas como 4 e 5.

Na análise do grau de Colaboração e Comunicação, foi encontrado o percentual de respostas positivas para cada grupo profissional. O resultado mostra baixos percentuais de respostas

positivas, que comprometem o relacionamento e o trabalho em equipe (Tabela 4). O percentual mais negativo está relacionado à equipe médica, o que incluiu tanto a chefia médica, quanto aos médicos efetivos e residentes. Percentuais similares de respostas positivas também foram identificados para o grau de comunicação e colaboração com o profissional fisioterapeuta.

Algumas diferenças nas avaliações dessa seção foram identificadas entre as unidades A e B. A maior diferença está relacionada a avaliação realizada pelo escrivão, sendo que a unidade A teve uma avaliação com 20% de respostas positivas, enquanto a unidade B apresentou 73,3% de respostas positivas. Essa diferença pode ser justificada pelo fato de que apenas a unidade B possui um funcionário no cargo de escrivão, enquanto a unidade A, tem um bolsista que exerce algumas funções administrativas através de contratações temporárias, de no máximo um ano. Com exceção da avaliação do escrivão na unidade B, o maior percentual de respostas positivas dessa avaliação corresponde a equipe de enfermagem, principalmente em relação ao enfermeiro de turno, com 48,1% e 53,3% respectivamente. No entanto, essas avaliações não são consideradas positivas, caracterizando a fragilidade no processo de colaboração e comunicação.

Tabela 4: Avaliação do percentual de respostas positivas do grau de colaboração e comunicação dos profissionais de enfermagem em relação a outros profissionais.

Grau de Colaboração e Comunicação	Unidade A	Unidade B
Chefia Médica	5%	16,6%
Chefia de Enfermagem	10,7%	37,5%
Enfermeiro de turno	48,1%	53,3%
Médicos efetivos	16%	0%
Residentes	7,1%	26,6%
Fisioterapeuta	3,7%	12,5%
Escrivão	20%	73,3%

Fonte: Resultados da própria pesquisa.

O SAQ também contém uma questão discursiva para identificar as recomendações dos participantes do estudo para melhorar a segurança do paciente na sua unidade de trabalho. As recomendações destacadas nas respostas dos participantes foram organizadas por categoria, agrupando as respostas com sentido semelhantes.

As categorias a seguir estão apresentadas de acordo com a maior relevância destacadas pelos profissionais: 1. Realização de mais treinamentos, capacitações e aperfeiçoamentos; 2. Ter e manter bons materiais e equipamentos; 3. Aumentar o número de profissionais; 4. Responsabilidade e atenção, 5. Melhorar a comunicação entre os profissionais, 6. Melhorar avaliação médica aos pacientes, 7. Melhorar e reformar a área física, 8. Melhorar a cooperação entre a equipe, 9. Melhorar supervisão, treinamento e acompanhamento dos funcionários novos, 10. Orientar pacientes e acompanhantes, 11. Melhorar o serviço de limpeza, 12. Motivação profissional, 13. Penalizar o mau profissional, 14. Valorizar e respeitar a Enfermagem, 15. Boa administração, 16. Não repassar atividades profissionais aos acompanhantes, 17. Evitar que os profissionais façam longas jornadas de trabalho sem interrupção.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo indicam que aspectos relevantes da cultura da segurança do paciente nessas unidades de internação precisam ser trabalhadas. A avaliação da média dos escores demonstra que todas as dimensões avaliadas obtiveram valores inferiores a 75, valor considerado neste estudo como mínimo positivo para a cultura de segurança.

A população do estudo constitui-se na sua maioria do sexo feminino, atendendo à característica feminina da profissão (FERNANDES; QUEIROS, 2011). Os profissionais de enfermagem que participaram do estudo revelaram experiência profissional na área cirúrgica, o que traduz, de acordo com Fernandes e Queirós (2011), um conhecimento adequado e útil para a avaliação da cultura de segurança.

Esses profissionais de enfermagem identificaram que a gestão hospitalar é frágil. Esta percepção crítica chama a atenção para a necessidade de apoio da direção quanto à segurança do paciente, exigindo ações que favoreçam a qualidade do cuidado.

A experiência de outros autores revela que quando a gestão de uma instituição de saúde está comprometida com a segurança, fornece apoio e recursos adequados, e está envolvida com esforços operacionais, tais como: equipamentos, procedimentos, seleção, treinamento e horários de trabalho, que são rotineiramente avaliados e, se necessário, modificados para melhorar a segurança do paciente (WIEGMANN; ZHANG; THADEN et al., 2002).

Na avaliação das condições de trabalho, observou-se a necessidade de aprimoramento, principalmente em relação ao problema de pessoal e treinamento dos profissionais. Acredita-se que muitos profissionais estão predispostos a cometer erros pela carga de trabalho, muitos deles trabalham quando estão totalmente esgotados. Em tal estado eles tendem a trabalhar de modo descuidado e acabam cometendo erros (LEAPE, 2009).

Em relação ao treinamento dos profissionais, destaca-se a concepção de que o treinamento eficaz é considerado um dos elementos-chave para uma instituição de saúde de qualidade. Uma base de conhecimentos é essencial para melhorias na segurança do paciente, exigindo a criação de um sistema de aprendizagem que possa garantir profissionais de saúde qualificados e conscientes dos limites de sua competência (COMMISSION ON PATIENT SAFETY AND QUALITY ASSURANCE, 2008).

No entanto, a satisfação no trabalho foi um ponto forte evidenciado no grupo analisado. Neste sentido, é importante destacar que os profissionais estão satisfeitos em atuar na instituição para transformar o ambiente de trabalho em um local mais seguro. Para alguns autores, melhorar a satisfação no trabalho pode levar ao aumento no desempenho do trabalho e consequentemente proporcionar maior qualidade na segurança do paciente (WISNIEWSKI et al., 2007; ZAKARI, 2011).

Quanto à faixa etária, inexistiu diferença significativa entre as dimensões clima do trabalho em equipe, clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do estresse e percepções da gestão em relação à idade, demonstrando que independente da faixa etária do profissional, a cultura de segurança é percebida de forma homogênea.

Na dimensão condições de trabalho, observou-se diferença significativa em relação à idade dos participantes, destacando para os maiores escores na faixa etária de 20-30 anos e os menores escores de 31-40 anos.

Esses resultados, quando comparados a outros estudos, demonstram algumas diferenças. Geralmente os profissionais de enfermagem mais novos são menos positivos em suas avaliações da cultura de segurança (FERNANDES; QUEIROS, 2011; ABDU; SABER, 2011; HOLDEN; WATTS; WALKER, 2009).

Embora as diferentes categorias de profissionais de enfermagem compartilhem o mesmo espaço e tempo da sua jornada de trabalho, neste estudo os auxiliares de enfermagem tiveram maior destaque em suas médias. Esses profissionais atuam há mais tempo na instituição e essa

categoria profissional não tem sido contratada nos últimos processos de seleção por força legal. Assim, possivelmente percebem crescimento e melhoria nos recursos atuais quando comparados com as condições de trabalho anteriores.

A baixa avaliação na qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais encontrada neste estudo pode ter implicações, pois as falhas na comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde podem constituir uma fonte potencial de erro, conduzindo a quebras na continuidade dos serviços prestrados, tratamentos e procedimentos inadequados ou pouco eficazes, com efeitos imediatos e potencialmente negativos para o paciente (SANTOS et al., 2010; ABBAS; BASSIUNI; BADDAR, 2008).

As recomendações dos participantes para melhorar a segurança do paciente se assemelham aos baixos escores encontrados nas dimensões avaliadas, ou seja, esses profissionais sugerem que as principais ações são: realização de mais treinamentos, capacitações e aperfeiçoamentos; ter e manter bons materiais e equipamentos; aumentar o número de profissionais. Essas ações estão relacionadas com as condições de trabalho e a atuação da gestão, avaliadas negativamente pela equipe de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resultado da avaliação da cultura de segurança nas unidades de internação cirúrgica do estudo demonstra fragilidade nas seis dimensões avaliadas, principalmente quanto ao trabalho da gestão hospitalar e em relação às condições de trabalho.

A partir deste estudo, percebe-se a necessidade de melhorar a cultura de segurança nesses locais. Essa mudança requer esforços e envolvimento de toda a instituição, e principalmente por parte dos gestores, que incentivam o relato dos erros e fortalecem a cultura de não punição, proporcionando um ambiente de trabalho onde a segurança do paciente é valorizada.

Outro desafio importante está relacionado à comunicação e colaboração entre os profissionais. Os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que participaram desse estudo consideram deficiente a comunicação e o trabalho em equipe até mesmo com o enfermeiro do turno. Esses resultados refletem que os profissionais têm pouca interação entre si, não tem apoio e troca de informações, mesmo quando todos estão envolvidos e trabalham pelo mesmo objetivo: o paciente.

Neste sentido, ressalta-se quanto ao compromisso e ao empenho individual de cada profissional para melhorar a cultura de segurança e consequentemente a comunicação e colaboração entre os membros da equipe.

Embora o estudo tenha sido realizado apenas com profissionais da enfermagem, obteve-se a participação da grande maioria desses profissionais que correspondem ao maior contingente de trabalhadores que prestam cuidados aos pacientes. Apesar desta limitação quanto à categoria profissional, os resultados deste estudo poderão auxiliar no planejamento e desenvolvimento de estratégias para a segurança dos pacientes.

Considerando que o estudo concentrou-se em duas unidades de internação, sugere-se a replicação desta pesquisa em outras unidades hospitalares, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades de cada área de trabalho, para um planejamento de mudança baseado na avaliação dos profissionais que atuam diariamente no cuidado em saúde, e ao mesmo tempo sensibilizando-os para a temática da segurança do paciente e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

ABBAS, H. A. E.; BASSIUNI, N.A.; BADDAR, F. M. Perception of Front-line Healthcare Providers Toward Patient Safety: A Preliminary Study in a University Hospital in Egypt. **Topics in Advanced Practice Nursing eJournal**, v. 8, n. 2, 2008.

ABDOU, H. A; SABER, K. M. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. **World Journal of Medical Sciences**, v. 6, n. 1, p. 17-26, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica/resolucoes.cfm>. Acesso em: 13 nov. 2011.

COMMISSION ON PATIENT SAFETY AND QUALITY ASSURANCE. **Building a culture of patient safety**: report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Department of Health and Children. Stationery Office, 2008.

COOPER, M.D. Towards a model of safety culture. *Journal of safety*

Research. **Safety Science**, USA, v. 36, p. 111-136, 2000.

FERNANDES, A. M. M. L; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, série III, n. 4, p. 37-48, 2011.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB.MÉD**, p. 130-133, 2005.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety**: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit**. Human Engineering, Bristol, 2005.

HOLDEN, L. M; WATTS, D. D; WALKER, P. H. Patient safety climate in primary care: age matters. **Journal of Patient safety**, v. 5, n. 1, p. 23-28, 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human**: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

_____. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Whashington, DC: National Academy Press, 2001.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

LEAPE, L. Errors in medicine. **Clinica Chimica Acta**, v. 404, n.1, p. 2-5, 2009.

NASSAR, S. M.; WRONSKI, V. R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>> . Acesso em: 17 dez. 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente**. Suiza: la oficina de prensa de la OMS, 2007.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista Administração e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 33, p. 153-158, out/dez, 2006.

SANTOS, M C dos; GRILO,A; ANDRADE, G. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10. p. 47-57, 2010.

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): Guidelines for Administration**. Texas: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SEXTON, J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005**. World Health Organization, Geneva. 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

_____. **Patient Safety: global priorities for research in patient safety**. Geneva: World Health Organization, 2008.

WIEGMANN, D. A.; ZHANG, H.; THADEN, T. L. **A synthesis of safety culture and safety climate research**. University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Prepared for Federal Aviation Administration: Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2. Contract DTFA 01-G-015.

WISNIEWSKI, AM; ERDLEY, WS; SINGH, R; et al. Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. **Geriatric Nursing**, v. 28,

n. 2, p. 126-136, 2007.

ZAKARI, N. M. A. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal**, v. 8, n.3. p. 230-237, 2011.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **MedicinaNet**, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Acesso em: 14 out. 2011.

6.2 ARTIGO 2 - OPINIÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA

OPINIÃO DA ENFERMAGEM SOBRE A APLICAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA⁵

OPINION OF THE NURSING REGARDING THE APPLICATION ON A TOOL FOR EVALUATION SAFETY CULTURE

OPINIÓN DEL ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN EN UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD

Monique Mendes Marinho⁶

Vera Radünz⁷

Sayonara de Fátima Faria Barbosa⁸

RESUMO

Objetivo: Conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) no seu local de trabalho. **Metodologia:** Recorte de uma Dissertação, pesquisa qualitativa do tipo exploratória-descritiva. Aplicou-se junto ao SAQ um questionamento a 34 profissionais de enfermagem que atuam nas unidades de internação cirúrgica do estudo. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** As opiniões dos profissionais de enfermagem resultaram em 3 categorias: Alerta e Reflexão sobre a realidade, Avanços no cuidado de enfermagem e Atuação da Direção. **Considerações:** O SAQ foi considerado um instrumento de pesquisa importante e satisfatório, que permite alertar e refletir sobre situações e dificuldades cotidianas que podem prejudicar o cuidado aos pacientes, comprometendo a segurança e a qualidade do

⁵ Resultado parcial da Dissertação de Mestrado intitulada Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica.

⁶ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). Endereço para correspondência: Rua das Cabreúvas, n.88, Pedra Branca, Palhoça/SC. CEP: 88137-435. Telefone: (48) 3721-9172. E-mail: moniquemarinho@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando (C&C). E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

⁸ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Vice-líder do Grupo de Estudos em Pesquisa Clínica, Tecnologia e Informática em Saúde e Enfermagem (GIATE). E-mail: sayonara@ccs.ufsc.br

cuidado. Esta pesquisa possibilitou aos participantes a oportunidade individual e de forma anônima a expor suas considerações e anseios, significando um respeito e valorização dos profissionais que se dispõem a participar das pesquisas para as quais são convidados.

Descritores: Segurança, Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Unidades de Internação.

ABSTRACT

Objective: To know the nursing team's opinion in the surgical inpatient units of a university hospital regarding the application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in their workplace. **Methods:** A qualitative research as a part of a dissertation of descriptive-exploratory type. SAQ was applied to 34 nursing professionals belonging to the surgical units of the study. Data was studied using Bardin's content analysis technique. **Results:** The professional's opinions were set in three categories: Awareness and Reflection about reality, Advances in nursing care, Management performance. **Background:** SAQ was considered an important research tool that allowed to reflect about daily difficult situations which can harm patients care, compromising safety and care quality. This study gave the enrolled participants a unique and anonymous way to expose their opinions and wishes. Therefore, respect and appreciation was demonstrated for the professionals who accepted invitations to be participants in research studies.

Descriptors: Safety, Nursing, Nursing Care, Inpatient Care Units.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la opinión de la enfermería de las unidades de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario en la aplicación del Cuestionario de Actitudes de Seguridad (SAQ) en su lugar de trabajo. **Metodología:** Cortar una disertación, cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo. Fue aplicado por el SAQ cuestionar las 34 profesionales de enfermería que trabajan en unidades de hospitalización quirúrgica del estudio. Análisis de los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** Las opiniones de las enfermeras resultó en tres categorías: Alerta y Reflexión sobre la realidad, Avances en el cuidado de enfermería, Acción por la administración. **Consideraciones:** La SAQ fue considerado como una importante herramienta de investigación y satisfactoria, para alertar y reflexionar sobre situaciones y problemas cotidianos que pueden afectar la atención al paciente, poniendo en peligro la seguridad y la calidad de la atención.

Este estudio permitió a los participantes la oportunidad de forma individual y anónima a exponer sus pensamientos y deseos, es decir, el respeto y el aprecio de los profesionales que están dispuestos a participar en la investigación para que se les invita.

Descriptor: Seguridad, Enfermería, Atención de Enfermería, Unidades de Internación.

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um princípio fundamental do cuidado ao paciente e um componente crítico de gestão da qualidade. Para garantir sua melhoria é exigido de todo o sistema um complexo esforço, envolvendo inúmeras ações na melhoria do desempenho, gestão da segurança e dos riscos ambientais, incluindo controle de infecção, uso adequado de medicamentos, equipamentos de segurança, ambiente seguro e prática segura de cuidados (WHO, 2005).

Assim, o objetivo da segurança do paciente é prevenir os danos causados durante a realização de um cuidado à saúde, sendo que esses danos ocorrem através de diversos tipos de erros, afetando diretamente a qualidade de assistência prestada (IOM, 2004).

Atualmente, o cuidado à saúde é frequentemente desenvolvido em um ambiente pressionado por resultados e que se transforma muito rápido, envolvendo um vasto aparato tecnológico e muitas decisões e julgamentos individuais a serem feitos pelos profissionais de saúde. Nestas circunstâncias os erros podem acontecer (WHO, 2004). Dados do *Institute of Medicine* alertam que diariamente milhares de erros ocorrem na área da saúde, alguns podendo desencadear efeitos desastrosos levando até a morte, enquanto outros, os “quase-acidentes”, na maioria das vezes, acontecem e passam despercebidos (IOM, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), resultados de estudos mostram que milhares de pacientes sofrem de lesões incapacitantes ou morte diretamente atribuível aos cuidados à saúde, sendo que os eventos adversos representam uma fonte importante de morbidade e mortalidade em todo o mundo (WHO, 2008).

Diante desse cenário de preocupação com a segurança do paciente, pesquisadores têm desenvolvido estudos com o objetivo de identificar ações que possibilitem a redução de danos e que possibilitem melhorias no atendimento de milhões de pessoas que entram em contato com os sistemas de cuidados à saúde (WHO, 2008).

A partir desses estudos, observou-se a necessidade do

desenvolvimento de uma cultura de segurança por parte das organizações de saúde, permitindo que a força de trabalho e os processos estejam voltados para a melhoria da confiança e segurança dos cuidados aos pacientes (IOM, 2000).

Acredita-se que para alcançar a qualidade da assistência e garantir melhores resultados para a segurança do paciente é fundamental a ocorrência de mudanças na cultura do cuidado em saúde, na qual os erros não devem ser percebidos como o resultado da incompetência da ação humana, mas, sobretudo, como oportunidades para melhorar o sistema, promovendo uma cultura de segurança (IOM, 2001).

Desse modo, a cultura de segurança pode ser definida como o suporte e a forma das atitudes e práticas dos membros da organização em torno da disposição da mesma, em detectar e aprender a partir dos erros (HSC, 1993).

Para alcançar melhorias na segurança do paciente as organizações devem avaliar a cultura de segurança ao nível de cada setor, pois dessa forma torna-se possível identificar as áreas com necessidade de melhorar e assim aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas (NIEVA; SORRA, 2003). Acredita-se que essa prática é um passo importante para melhoria da segurança (SEXTON; THOMAS, 2003).

Atualmente, com o objetivo de mensurar e avaliar a cultura de segurança, pesquisadores estão utilizando vários métodos e medidas. Neste estudo utilizou-se o *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), um instrumento de pesquisa psicométrica, considerado como a ferramenta de melhor escolha para essa mensuração, além de ser formalmente validado e largamente utilizado (JCR, 2007).

A partir do planejamento de um estudo para aplicação do SAQ em duas unidades de internação cirúrgica, percebeu-se a necessidade de conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa quanto à aplicação desse questionário no seu local de trabalho.

O interesse por essa abordagem na pesquisa foi motivado pelo fato desses profissionais atuarem em um hospital escola, e que com frequência participam de pesquisas, principalmente que utilizam questionários nas coletas de dados.

Então, conhecer a opinião dos participantes sobre a utilização do SAQ, um questionário utilizado internacionalmente e considerado de melhor escolha para a avaliação da cultura de segurança, foi uma forma

de garantir espaço na pesquisa para esses profissionais expressarem o que consideram pertinentes e o que querem expressar como anseios, dificuldades, opiniões, podendo estar relacionados diretamente ao SAQ e/ou às suas atividades profissionais.

Portanto, este estudo teve como questão de pesquisa: Qual é a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ)?

Assim o objetivo desta pesquisa foi conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do SAQ no seu local de trabalho.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, realizada em duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário. Os participantes do estudo foram os membros da equipe de enfermagem que inclui: enfermeiros, técnicos e auxiliares, que exercem suas atividades profissionais nas unidades de internação cirúrgica em estudo, totalizando 34 profissionais.

O critério de inclusão para seleção dos participantes foi ter atuação profissional mínima de 4 semanas nos locais onde o estudo foi realizado. Como critério de exclusão foi considerado o afastamento de longa duração (licença para tratamento de saúde, licença maternidade, liberação para cursos de longa duração) no período da coleta de dados.

O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos dispostos na Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição, obtendo o certificado número 1076/10.

O instrumento para a coleta de dados foi o seguinte questionamento anexado ao formulário do SAQ: Qual sua opinião sobre a aplicação deste questionário na sua unidade de trabalho? A coleta de dados foi realizada nos meses de abril a julho do ano de 2011. Os participantes foram convidados a participar da pesquisa após esclarecimento do objetivo do estudo, da dinâmica da pesquisa e preenchimento do TCLE. Foi entregue um envelope contendo o questionário para cada participante que após o preenchimento foi colocado em uma urna lacrada que estava na sala da chefia, garantindo o sigilo ao participante.

Os participantes do estudo foram identificados nas seqüências

como A1, A2 para identificar os auxiliares de enfermagem, T1, T2 para técnicos de enfermagem e E1, E2 para enfermeiros, garantindo o anonimato desses profissionais.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin (2004).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo participaram 34 profissionais de enfermagem, entre eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuam em unidades de internação cirúrgica, sendo 22 profissionais da Unidade A e 12 profissionais da Unidade B. Todos esses trabalhadores possuem, nas unidades citadas, carga horária média de trabalho semanal de 30 horas, dividida em plantões de 6 horas (matutino e vespertino) e/ou plantões de 12 horas (diurno e noturno).

A idade dos participantes da pesquisa variou entre 25 a 66 anos. Quanto ao sexo, a maioria, ou seja, 76,59% do sexo feminino.

Quanto ao tempo de experiência desses profissionais nas unidades de estudo, temos o seguinte: 4 semanas – 1 ano (11,6%); 1 ano e 1 mês – 5 anos (16,3%); 5 anos e 1 mês-10 anos (27,9%); 10 anos e 1 mês ou mais (44,2%).

Neste estudo, a análise dos dados por meio do método de Bardin (2004) permitiu conhecer as opiniões dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica sobre a aplicação do SAQ na sua unidade de trabalho, resultando em 3 categorias: Alerta e reflexão sobre a realidade, Avanços para o cuidado de enfermagem e Atuação da Direção. Além das três categorias, as respostas permitiram destacar alguns aspectos relevantes das opiniões dos profissionais de enfermagem que serão apresentados no final da análise.

Categoria 1 – Alerta e Reflexão sobre a realidade

A consideração por parte dos profissionais de enfermagem de que a aplicação do SAQ permitiu um alerta sobre a temática da segurança do paciente e reflexão a respeito, principalmente quanto à ocorrência de erros em saúde, teve destaque neste estudo, mostrando que a categoria Alerta e Reflexão sobre a realidade foi a de maior relevância neste estudo.

A maioria dos profissionais de enfermagem percebeu que as afirmações de cada item do SAQ contribuem positivamente no seu local de trabalho, principalmente quanto aos diferentes profissionais que

podem cometer erros, como explicitado a seguir:

Serve com um alerta sobre este tema, que por vezes tem passado despercebido no dia a dia e nos faz pensar como proceder diante de erros cometidos, sejam eles funcionários da enfermagem, residentes e médicos (EA5).

De acordo com o registro descrito a seguir, observou-se que os participantes destacam a necessidade de conhecer os resultados da pesquisa para alertar aos profissionais quanto à ocorrência de erros. Embora a aplicação do SAQ permita auxiliar nesse alerta percebe-se que a maioria dos profissionais acredita que não pode errar:

Acredito num retorno com eficácia, para assim nos alertamos que cuidamos de vidas, não podemos errar... nem trabalhar num sistema automático e vicioso... (EB1).

Um dos profissionais destaca a contribuição da parte discursiva desse instrumento. Esse espaço permite registrar, de forma subjetiva, as recomendações para melhorar a segurança do paciente no local de trabalho:

Acredito que seja de grande valia, a fim de que possamos expor nossas dificuldades e anseios quanto a problemas rotineiros do dia a dia que afetam diretamente a assistência de enfermagem, bem como a segurança do paciente (TB3).

Outro profissional ressalta que ao participar da pesquisa é possível fazer uma auto-avaliação:

Excelente, pois faz você fazer uma auto-avaliação como você está, como profissional em relação aos pacientes e à equipe de trabalho (TB5).

A opinião de outro participante também está relacionada à avaliação, porém do setor de trabalho:

Boa parada para avaliação do meu setor. Gostei! (TB2).

Um estudo realizado com hospitais e instituições de saúde, totalizando mais de 3000 áreas clínicas, que administram periodicamente o SAQ, percebeu que esse instrumento facilitou o diálogo regular e discussões sobre os pacientes, com o objetivo de criar soluções para os problemas existentes (JCR, 2007).

Neste estudo, os participantes acreditam na iniciativa da aplicação do SAQ no local de trabalho porque perceberam a reflexão de problemas pertinentes para a segurança do paciente:

Boa idéia, pois só assim faz a equipe de enfermagem refletir sobre questões e soluções de problemas relacionados à segurança do paciente e/ou profissional (EB5).

Categoria 2 – Avanços para o cuidado de enfermagem

Nesta categoria foi possível observar que os participantes do estudo perceberam que as informações fornecidas através do preenchimento do SAQ poderão contribuir para o cuidado ao paciente e desta forma, contribuir para a segurança do paciente.

A categoria Avanços para o cuidado de enfermagem também foi considerada de relevância para os profissionais de enfermagem participantes da pesquisa.

Na maioria das respostas, esses profissionais evidenciaram que os resultados obtidos com o SAQ permitirá conhecer as necessidades nas unidades de internação cirúrgica. E que a partir de intervenções específicas podem melhorar a atuação profissional e consequentemente avançar no cuidado de enfermagem realizado.

O SAQ pode ser usado para identificar oportunidades de melhorias em segurança (WISNIEWSKI, 2007).

Os profissionais demonstraram suas expectativas quanto à pesquisa através de suas respostas. Eles almejam e acreditam em contribuições para melhorar a qualidade e o aperfeiçoamento dos profissionais. O registro de um participante esclarece sobre essa expectativa:

... espera-se que melhore a qualidade e aperfeiçoamento entre os profissionais que atuam na área (AB2).

Embora todos os participantes nunca responderam ao SAQ

anteriormente, eles perceberam, através de um primeiro contato com o instrumento, que o mesmo pode auxiliar em melhorias no âmbito da segurança do paciente:

Poderá vir a melhorar nossa vida de profissional e a dos pacientes como um todo (TB4).

As instituições de saúde que utilizam o SAQ destacam que esse instrumento tem ajudado nas discussões de grupos que estão estruturados para contribuir com avanços na segurança do paciente. O SAQ é considerado uma ferramenta que fornece um método estruturado para desenvolver estratégias locais para melhorar o contexto das questões de cuidado, como trabalho em equipe e normas de segurança do paciente (JCR, 2007).

A avaliação da cultura de segurança, de determinada unidade, torna-se possível identificar as áreas com necessidade de melhorar e aumentar a consciência dos conceitos de segurança do paciente; avaliar a efetividade das intervenções de sua segurança ao longo do tempo e estabelecer metas internas e externas que contribuem diretamente para o cuidado de enfermagem (NIEVA; SORRA, 2003).

Categoria 3 – Atuação da direção

A partir desta categoria, alguns participantes do estudo utilizaram esse espaço para destacar suas opiniões com a atuação da direção geral do hospital que trabalham. Esses profissionais acreditam que embora a pesquisa contribua para a identificação de problemas pertinentes à qualidade do serviço prestado, a gestão hospitalar não tem interesse em resolvê-los, como está citado a seguir:

Quem faz (a pesquisa) está com boas intenções, mas a Direção não tem preocupação nenhuma em resolver estes problemas. (TB1)

Um outro profissional refere-se à atuação da direção de maneira ainda mais crítica:

a pior de todos os 30 anos do HU em todos os aspectos, profissional, ético e técnico (EB2).

A opinião destacada por outro participante esclarece que essa instituição se preocupa com a existência das subdivisões administrativas das diversas áreas, porém existe a necessidade de rever suas

responsabilidades, pois a forma como a gestão tem atuado está comprometendo a atuação dos profissionais que estão no cuidado direto aos pacientes e consequentemente, prejudicando a segurança do paciente:

Espero que seja esclarecido, a partir dessa coleta de dados, o quanto fragmentado se encontra o cuidado, a assistência de qualidade que a instituição tanto preza através das subdivisões administrativas e gerenciadores, sejam elas de Enfermagem ou Médica, ambas devem rever suas reais responsabilidades (TB1).

O estudo de Paese (2010), que avaliou a cultura de segurança do paciente entre profissionais de enfermagem a partir do SAQ em unidades básicas de saúde, ressalta que a maioria das recomendações oferecidas pelo grupo estudado para melhorar a segurança do paciente são ações a serem desenvolvidas pela instituição. De acordo com a autora, foram poucas as sugestões que o próprio profissional pode realizar para aprimorar a cultura de segurança, repassando toda responsabilidade da segurança do paciente para a gestão do serviço de saúde (PAESE, 2010).

Entretanto, a cultura de segurança não envolve apenas atitudes e ações da Direção da instituição, mas requer um elevado nível de comprometimento entre os diferentes profissionais, serviços e departamentos que constituem toda a rede de cuidado (SOUZA, 2006).

As organizações de saúde necessitam despende esforços para melhorar a segurança do paciente, com uma base firme de atuação segura, eficiente e eficaz. As lideranças administrativas, que habitualmente vivem em um ambiente do culto à autoridade, precisam superar este obstáculo e criar condições para que a segurança do paciente seja responsabilidade de todos. Ressalta-se ainda que o compromisso e o empenho individuais dos profissionais, são considerados atitudes imprescindíveis. (QUINTO NETO, 2006).

Aspectos relevantes da análise

Nesta seção são apresentadas as opiniões de alguns profissionais que não possibilitaram a formação de uma categoria, mas que foram consideradas relevantes para a análise.

Alguns participantes do estudo demonstraram suas opiniões

quanto à aplicação do SAQ no seu local de trabalho de forma direta. As respostas foram redigidas sem uma justificativa para cada resposta, dificultando a análise.

Quando questionados da seguinte forma: Qual sua opinião sobre a aplicação deste questionário na sua unidade de trabalho? As respostas foram as seguintes:

Boa. (EA1)

Ótimo. (EA2)

Muito boa. (AA1)

Embora essas respostas evidenciam o caráter positivo do SAQ para esses participantes, que mesmo sem registrar uma justificativa para a opinião quanto à pesquisa, acredita-se que o SAQ pode auxiliar no processo de trabalho na sua unidade de trabalho, podendo contribuir para os profissionais, pacientes, ou para ambos.

A aplicação do SAQ começa com um processo formativo de promover a consciência dos membros da equipe quanto aos recursos disponíveis dentro da organização. Dessa forma, isto pode fornecer aos funcionários uma sensação de que eles estão envolvidos no processo para a melhoria da segurança do paciente e podem contribuir para a formação do auto-poder e para a auto-motivação das equipes de trabalho (WISNIEWSKI, 2007).

Em uma resposta, um participante considerou o SAQ como um questionário muito longo, referindo:

É muito longo o questionário (AA2).

No Brasil, o estudo de Hoch; Vilamil e Martins (2010) que teve como objetivo principal identificar e analisar a cultura de segurança da equipe de enfermagem de um centro obstétrico considerou o SAQ como um instrumento importante para a avaliação das atitudes dos profissionais de enfermagem. Esses autores afirmam que embora esse questionário contenha uma quantidade grande e variada de itens, a abrangência que ele proporciona promoveu um conhecimento maior em relação à cultura da segurança (HOCH; VILAMIL; MARTINS, 2010).

Embora o SAQ possa ser considerado um questionário longo, em aproximadamente 15 minutos o mesmo pode ser respondido (SEXTON et al., 2006). Nesse estudo, os participantes necessitaram de um tempo similar ao proposto pelas diretrizes para administração desse

instrumento, conforme o autor citado anteriormente.

Alguns profissionais de enfermagem responderam que a aplicação do SAQ no seu local de trabalho foi pouco importante e que não terá contribuição alguma, evidenciada através das seguintes respostas:

Acho que não vai mudar muita coisa (TA5).

Acredito que mostrará um pouquinho da nossa realidade (EB3).

Dessa forma, essas respostas caracterizam o enfoque negativo que esses profissionais denota ao SAQ.

Acredita-se que em relação a pouca ou nenhuma contribuição que esse estudo poderá trazer, de acordo com os participantes, pode estar relacionado ao fato de não identificarem nas pesquisas realizadas anteriormente resultados que contribuíram positivamente para o cuidado de enfermagem.

Esses profissionais atuam em um hospital escola, onde são realizadas diversas pesquisas, sendo convidados a participar em várias dessas. No entanto, alguns pesquisadores podem não estarem apresentando aos participantes os resultados das pesquisas ou até mesmo não esclarecem de forma clara e objetiva os benefícios das mesmas para a prática profissional, sobretudo, para a Enfermagem.

É necessário destacar a necessidade de garantir o retorno dos resultados obtidos através das pesquisas para os participantes. De acordo com os preceitos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, os pesquisadores devem garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e comunidades onde forem realizadas. Além disso, assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (BRASIL, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o SAQ foi considerado um instrumento de pesquisa importante e satisfatório, que possibilitou a avaliação da cultura de segurança em unidades de internação cirúrgica.

O estudo possibilitou conhecer as opiniões desses profissionais, que foram na sua maioria de caráter positivo em relação à aplicação do

SAQ.

Observou-se que a aplicação do SAQ possibilitou aos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica estudadas, a oportunidade individual e anônima de expor suas opiniões sobre a participação nesta pesquisa, dentre as diversas pesquisas realizadas no hospital escola no qual atuam, e para quais são convidados a participar.

Os resultados mostraram que o SAQ foi considerado uma ferramenta que permite alertar e refletir sobre situações e dificuldades cotidianas que podem prejudicar o cuidado aos pacientes, comprometendo a segurança. A partir da avaliação da cultura de segurança conhecida através do SAQ, pode-se planejar e implementar ações que contribuirão para a qualidade do cuidado.

De acordo com a literatura e com os resultados deste estudo, ressalta-se a necessidade do envolvimento de todos os níveis de administração da instituição para avançar no cuidado, fornecendo a base que os profissionais que cuidam diretamente dos pacientes precisam para um cuidado seguro.

Destaca-se ainda, para a necessidade de garantir o retorno dos resultados das pesquisas para os participantes, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando aos mesmos os benefícios resultantes do estudo.

Sugere-se a realização de novos estudos abordando esta temática, principalmente por garantir ao participante da pesquisa um espaço para expor suas considerações, críticas, anseios e sugestões, significando um respeito para com os profissionais que se dispõem a participar das diferentes pesquisas para as quais são convidados.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/resolucoes.cfm>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety**: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

HOCH, Ana Paula; VILAMIL, Leandro José; MARTINS, Sabrina Dyeme da Silva. **Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico**. Florianópolis, SC, 2010. (70 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0571.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

_____. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Whashington, DC: National Academy Press, 2001.

_____. **Patient safety: achieving a new standart for care**. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, sup. II, p. 17-23, 2003.

PAESE, Fernanda. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista Administração e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 33, p. 153-158, out/dez. 2006.

SEXTON, J. B; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ): Guidelines for Administration**. Texas: The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SILVA, A. L; ARRUDA, E. N. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de enfermagem? **Texto Contexto Enfermagem**. v. 2, n.1, p. 82-92, 1993.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

WISNIEWSKI, A. M. *et al.* Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. **Geriatric Nursing**, v. 28, n.2, p. 126-136, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety**: forward programme 2005. World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em:
<http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

_____. **World Alliance for Patient Safety**. Geneva: WHO, 2005. p 1-33.

_____. **Patient Safety**: global priorities for research in patient safety. Geneva: WHO, 2008.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos milhares de erros que ocorrem na área da saúde e afetam diretamente todo o sistema, a segurança do paciente tornou-se uma preocupação mundial, exigindo mudanças na prática do cuidado. Neste sentido, a Enfermagem tem uma participação importante nesse processo de mudança, pois é a categoria profissional com maior contingente de profissionais e que está em contato direto com os pacientes.

O cuidado de enfermagem tem o objetivo de auxiliar na resolução dos problemas de saúde dos pacientes, mas por muitas vezes, essa prática que tem a intenção de gerar boas ações, podem desencadear resultados diferentes das planejadas e desejadas.

Acredita-se que os erros decorrentes dos cuidados em saúde podem auxiliar no processo de trabalho se percebidos como oportunidades para melhorar o sistema e não como resultado da incompetência de um profissional. Dessa forma destaca-se para a necessidade de promover a cultura de segurança do paciente, no qual é possível conhecer o erro e aprender a partir dele, evitando que o mesmo erro ocorra novamente.

Este estudo descreveu a avaliação da cultura de segurança do paciente pelos profissionais de enfermagem das duas unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do SAQ.

A avaliação desses profissionais permite concluir que a cultura de segurança nessas unidades é frágil, uma vez que os escores das dimensões do SAQ foram inferiores a 75, valor considerado no estudo como mínimo positivo.

Destacou-se na avaliação como escores mais altos os itens relacionados à dimensão “Satisfação no trabalho”. Neste sentido, é importante aproveitar que os profissionais estão satisfeitos em trabalhar nessa instituição e salientar quanto à necessidade de transformar esse ambiente em um local mais seguro, necessário para os pacientes e também para os profissionais. Um ambiente inseguro afeta diretamente aos profissionais, diminuindo a satisfação profissional, outras vezes perda da moral e a frustração.

Os menores escores da avaliação se destacaram nas dimensões “Percepções da gestão” e “Condições de trabalho”. Essa avaliação vai ao encontro das recomendações sugeridas pelos participantes para melhorar a segurança do paciente. Essas recomendações estão relacionadas à educação permanente, equipe com quantitativo

insuficiente e materiais e equipamentos.

A avaliação da qualidade de colaboração e comunicação entre os profissionais obteve baixos percentuais e pode ter implicações importantes. A fragilidade na comunicação e colaboração entre os profissionais pode constituir uma fonte de erro (SANTOS et al., 2010). Esse resultado reforça a necessidade de uma comunicação adequada que incentive aos profissionais, pacientes e familiares serem vigilantes e responsáveis pela segurança.

No objetivo que buscou conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem quanto à aplicação do SAQ, proporcionou aos profissionais uma forma de garantir aos mesmos um espaço na pesquisa para expressarem seus anseios, dificuldades, críticas, e ao mesmo tempo identificar a opinião sobre um questionário utilizado internacionalmente e considerado de melhor escolha para a avaliação da cultura de segurança.

O SAQ, na opinião dos participantes, foi considerado um instrumento de pesquisa importante e satisfatório, que possibilita alertar e refletir sobre situações e dificuldades cotidianas que podem prejudicar o cuidado aos pacientes, comprometendo a segurança e a qualidade do cuidado.

Atualmente, o COSEP (Comitê de Segurança do Paciente) - HU/UFSC tem como maior desafio para o planejamento dos seus trabalhos a identificação de um diagnóstico da instituição, que permitirá conhecer os pontos críticos relacionados à assistência em saúde e estabelecer as prioridades de suas ações (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2012). Desta forma, este estudo vem a contribuir com esse planejamento, principalmente em relação a área cirúrgica dessa instituição.

Este estudo permite identificar o diagnóstico e avaliação do estado atual da cultura de segurança do paciente nas unidades cirúrgicas onde foi realizado, fornecendo alguns subsídios para a prática do cuidado. Porém, de acordo com os resultados, salienta-se a necessidade de modificação da prática atual nas unidades onde o estudo foi realizado. As áreas cirúrgicas precisam de atenção para melhorar o cuidado prestado, para garantir segurança e qualidade.

O estudo aponta como prioridade a necessidade de implementar um sistema de notificação de erros e de incentivar o relato dos mesmos por todos profissionais da instituição, para otimizar a aprendizagem e melhoria contínua dos cuidados prestados a partir da identificação e análise do erro, como forma de aprender com o próprio erro e com o erro dos outros, evitando, assim, prejuízos a futuros pacientes.

Por outro lado, este estudo considera que a promoção de uma cultura de segurança do paciente é um processo dinâmico, que exige esforços de todas as pessoas que trabalham na instituição e principalmente os limites que a instituição possa apresentar com os recursos, muitas vezes, limitados. Sabe-se que algumas ações de mudanças requerem apenas reorganização na própria unidade de trabalho, enquanto outras necessitam de gastos financeiros e principalmente de processos demorados e burocráticos, devido à característica pública da instituição de saúde do estudo. Há, no entanto, necessidade de conscientização e compromisso pessoal por parte dos profissionais no que diz respeito a atitudes e comportamentos para um cuidado seguro.

Além disso, é importante reconhecer que em qualquer instituição de saúde existem fragilidades que podem comprometer a prática do cuidado e a segurança do paciente, mas que podem ser trabalhados e melhorados.

Ao avaliar a cultura de segurança do paciente com os profissionais de enfermagem percebe-se que o instrumento utilizado para coleta de dados permitiu momentos de reflexão aos participantes do estudo quanto a sua realidade profissional. Neste sentido, a pesquisa permitiu sensibilizar esses profissionais quanto à temática da segurança do paciente e se questionar sobre o cuidado prestado no local onde trabalha, despertando interesse para as possíveis mudanças.

Neste momento é relevante destacar para os cursos de formação em enfermagem, nível médio e superior, que precisam incluir em sua grade curricular conteúdos relacionados à segurança do paciente, apresentando e discutindo conceitos essenciais principalmente em relação à cultura de segurança, de forma a enfraquecer a cultura da culpa, presente na maioria dos profissionais de enfermagem.

Considerando que o estudo concentrou-se em duas unidades de internação cirúrgica, sugere-se a replicação do estudo em outras unidades hospitalares, a fim de identificar as fragilidades e potencialidades de cada área de trabalho, para um planejamento de mudança baseado na avaliação dos profissionais que atuam diariamente no cuidado em saúde.

Neste sentido, esta pesquisa servirá de base para futuras pesquisas e principalmente para aquelas que têm como objetivo avaliar a mudança da cultura de segurança do paciente ao longo do tempo, bem como do impacto cultural de iniciativas e intervenções para melhorar a segurança do paciente nessa instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

ABBAS, H. A. E; BASSIUNI, N. A; BADDAR, F. M. Perception of Front-line Healthcare Providers Toward Patient Safety: A Preliminary Study in a University Hospital in Egypt. **Topics in Advanced Practice Nursing eJournal**, v. 8, n. 2, 2008.

ABDOU, H. A; SABER, K. M. A baseline assessment of patient safety culture among nurses at student university hospital. **World Journal of Medical Sciences**, v. 6, n. 1, p. 17-26, 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim Informativo**, Brasília, v. 1, n. 1. p. 1-12, 2011.

_____. **Anvisa promove debate sobre segurança do paciente no Brasil**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/DIVULGA/noticias/2007/171007.htm>>. Acesso em: 30 set. 2010.

ALBA, A. M.; MATHIAS, M. M. **Segurança do paciente e cuidado de enfermagem**: uma avaliação do ambiente de preparo das medicações a partir do método fotográfico. Florianópolis, SC, 2009. (28 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0554.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

BARBOSA, S. F. F; ROCHA, P. K. **Cultura de segurança**: disciplina – tópico especial: segurança do paciente. Notas de aula. Florianópolis: UFSC, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BECCARIA, R. L. M.; PEREIRA, L. A.M.; CONTRIN, M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **RBTI Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n.3, p. 276-282, jul./ago. 2009.

BOHOMOL, E.; RAMOS, L. H. Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n.1, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS**. 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 04 jun. 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/resolucoes.cfm>>. Acesso em: 13 nov. 2011.

CAMPBELL, E. G.; SINGER, S; KITCH, B. T. et. al. Patient safety climate in hospitals: act locally on variation across units. **Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety**, v. 36, n.7, p. 319-326, jul. 2010.

CASSIANI, S. H. B. Enfermagem e a Pesquisa sobre Segurança dos Pacientes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.6, 2010.
COLLA, J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. **NCBI**, Hanover, NH, 2005.

COMMISSION ON PATIENT SAFETY AND QUALITY ASSURANCE. **Building a culture of patient safety**: report of the Commission on Patient Safety and Quality Assurance. Department of Health and Children. Stationery Office, 2008.

COOPER, MD. Towards a model of safety culture. Journal of safety Research. **Safety Science**, USA, v.36, p. 111-136, 2000.

FAWCETT, J. Conceptual models and contemporary nursing knowledge. In: FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. 3ª ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1995.

FERNANDES, A. M. M. L.; QUEIRÓS, P. J. P. Cultura de segurança do doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Revista de Enfermagem Referência**, série III, n. 4, p. 37-48, 2011.

FIDELIS, R. 2011. **A cultura de segurança em uma unidade de emergência adulto**. 2011. 170f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. **COLOMB. MÉD**, p. 130-133, abr./jun. 2005.

HARDY, E. **Instruções para escrever um projeto de pesquisa**. Campinas: Macroven Gráfica, 2002.

HEALTH AND SAFETY COMMISSION (HSC). **Organizing for Safety**: Third Report of the Human Factors Study Group of ACSNI. Sudbury: HSE Books, 1993.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE (HSE). **A Review of Safety Culture and Safety Climate Literature for the Development of the Safety Culture Inspection Toolkit**. Human Engineering, Bristol, 2005.

HOCH, A. P.; VILAMIL, L. J.; MARTINS, S. D. S. **Cultura da segurança da equipe de enfermagem em um centro obstétrico**.

Florianópolis, SC, 2010. (70 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0571.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

HOLDEN, L. M; WATTS, D. D; WALKER, P. H. Patient safety climate in primary care: age matters. **Journal of Patient safety**, v. 5, n. 1, p. 23-28, 2009.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO – UFSC. Direção Geral. **Portaria 140, de 09 de outubro de 2010**. Compôr o Comitê de Segurança do Paciente. Florianópolis: HU, 2010a.

_____. **Enfermagem Hospital Universitário**. 2010b. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/index.html>>. Acesso: em 17 set. 2010.

_____. **Boletim Informativo do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago**. Florianópolis: HU, 2012.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). **To Err is Human**: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000.

_____. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.

_____. **Patient safety**: achieving a new standart for care. Washington, DC: National Academy Press, 2004.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (JCAHO). **International Patient Safety Goals**. 2008.

Disponível em: <www.jcpatientsafety.org/29083/>. Acesso em: 10 mai. 2010.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL CENTER FOR PATIENT SAFETY (JCAHO). **National Patient Safety Goals Effective January 1, 2012**: Office-Based Surgery Accreditation Program. 2012. Disponível em:

<http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_Jan2012_OBS.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2012.

JOINT COMMISSION RESOURCES (JCR). A Check-up for Safety Culture in “My Patient Care Area”. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, Oakbrook Terrace, Illinois, v. 33, n. 11, p. 699-703, nov. 2007.

LEAPE, L. Errors in medicine. **Clinica Chimica Acta**, v. 404, n.1, p. 2-5, 2009.

MADALOSSO, A. R. M. Iatrogenia do cuidado de enfermagem: dialogando com o perigo no cotidiano profissional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, jul. 2000.

MARCK, P.; CASSIANI, S.H.B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.5, set./out. 2005.

MELLO, J. F de. **Cultura de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva: perspectiva da enfermagem**. 2011. 173f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MENDES JÚNIOR, W. V. **Avaliação da ocorrência de eventos**

adversos em hospital no Brasil. 2007. 112p. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2007.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Seguridad del Paciente. **Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

NASSAR, S. M.; WRONSKI, V. R.; OHIRA, M. et al. **SEstatNet** - Sistema Especialista para o Ensino de Estatística na Web. Disponível em: <<http://www.sestat.net>> . Acesso em: 17 dez. 2011.

NASCIMENTO, C. C. P.; TOFFOLETTO, M. C.; GONÇALVES, L.A. et al. Indicadores de resultados da assistência: análise dos eventos adversos durante a internação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, jul./ago. 2008.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, sup. II, p. 17-23, 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem:** um guia para cuidadores na atualidade. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente.** Suíza: la oficina de prensa de la OMS, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Segundo desafio global para a segurança do paciente:** Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Duran. Rio de Janeiro: 2009. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_v

iew&gid=1032&Itemid=423>. Acesso em: 26 nov. 2010.

PAESE, F. **Cultura da segurança do paciente na atenção primária à saúde**. 2010. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. **Enfermagem dia a dia: segurança do paciente**. São Paulo: Yendis Editora, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLO DE SEGURANÇA DO PACIENTE DE SANTA CATARINA (SEPAESC). **Ata da Reunião do Pólo de Segurança do Paciente de Santa Catarina**. Centro de Ciências da Saúde – UFSC. Ata da reunião realizada no dia 1 de dezembro de 2009. Livro 1, p. 1.

PRONOVOST, P.; SEXTON, B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. **Qual Saf Health Care**, v. 14, n. 4, p. 231-233, 2005.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **Revista Administração e Saúde**, Porto Alegre, v. 8, n. 33, p. 153-158, out/dez, 2006.

RADUENZ, A. C.; HOFFMANN, P.; RADUNZ, V. *et. al.* Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: visualizando a organização, acondicionamento e distribuição de medicamentos com método de pesquisa fotográfica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, nov./dez., 2010.

RADÜNZ, V. **Cuidando e se cuidando**: fortalecendo o *self* do cliente oncológico e o *self* da enfermeira. Goiânia: AB, 1999.

REASON, J. Human error: models and management. **BMJ**, v. 320, p.768–770, 2000.

RIOS, G. C.; HAGEMANN, L. B.; PEREIRA, P. A. **e-SURVEY**: o cuidado de enfermagem em emergência e a segurança do paciente. Florianópolis, SC, 2010. (40 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0585.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2012.

SANTOS, A. P. dos. **Trajetórias da história social e da nova história cultural**: cultura, civilização e costumes no cotidiano do mundo do trabalho. IX Simpósio Internacional processo civilizador. Ponta Grossa. 2005.

SANTOS, M. C.; GRILO, A.; ANDRADE, G. et al. Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, p. 47-57, 2010.

SEXTON, J. B.; THOMAS, E. J. **The Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)**: Guidelines for Administration. The University of Texas Center of Excellence for Patient Safety Research and Practice, 2003.

SEXTON, J. B. *et al.* The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. **BMC Health Services Research**, p. 6-44, 2006.

SEXTON, J. B.; HUANG, D. T.; CLERMONT, G. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution.

Critical Care Medicine, v. 35, n. 1, p. 165-176, 2007.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, F. M.; PORTO, T. P. **A segurança do paciente pediátrico por meio da higienização das mãos e da identificação do paciente**. Florianópolis, SC, 2010. (113 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0589.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

SINGER, S. J. et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. **NCBI**, Stanford, CA. 2003.

SOUZA, P. Patient safety: a necessidade de uma estratégia nacional. **Acta Med Port**, p. 309-318, 2006.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WARMILING, G. R.; COELHO, I. Z.; HONORATO, T. **O cuidado em enfermagem e a segurança do paciente**: uma avaliação da administração de agentes antibióticos a partir da análise fotográfica. Florianópolis, SC, 2010. (41 f.) TCC (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0574.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2012.

WIEGMANN, D. A.; ZHANG, H.; THADEN, T. L. **A synthesis of safety culture and safety climate research.** University of Illinois at Urbana-Champaign. 2002. Prepared for Federal Aviation Administration: Technical Report ARL-02-3/FAA-02-2. Contract DTFA 01-G-015.

WISNIEWSKI, A. M. *et al.* Assessment of Safety Attitudes in a Skilled Nursing Facility. **Geriatric Nursing**, v. 28, n.2, p. 126-136, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005.** World Health Organization, Geneva, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2010.

_____. **World Alliance for Patient Safety.** Geneva: WHO, 2005. p 1-33.

_____. **Patient Safety: global priorities for research in patient safety.** Geneva: WHO, 2008a.

_____. **World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009.** World Health Organization, Geneva, 2008b. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2011.

_____. **World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.** World Health Organization, Geneva, 2008c. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2011.

_____. **World Alliance for Patient Safety: the conceptual framework for the international classification for patient safety.**

World Health Organization, Geneva, 2009. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/en/>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

ZAKARI, N. M. A. Attitude of Academic Ambulatory Nurses toward Patient Safety Culture in Saudi Arabia. **Life Science Journal**, v. 8, n.3, p. 230-237, 2011.

ZAMBON, L. S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. **MedicinaNet**, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>>. Acesso em: 14 out. 2011.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, na pesquisa titulada como **Cuidado de enfermagem e a cultura de segurança do paciente: um estudo avaliativo em unidades de internação cirúrgica**, que tem como objetivos: avaliar a cultura de segurança do paciente sob a ótica dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário a partir do *Safety Attitudes Questionnaire* - Questionário de atitudes de segurança (SAQ) e conhecer a opinião dos profissionais de enfermagem das unidades de internação cirúrgica de um hospital universitário quanto à aplicação do SAQ, que será realizada pela pesquisadora Monique Mendes Marinho (RG 5300538-4 SSP/SC e CPF 751581595-72), sob orientação da Dra Vera Radünz e co-orientação da Dra Sayonara Barbosa, como requisito para o Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

O desconhecimento da cultura de segurança das equipes de enfermagem é um problema que merece ser pesquisado, pois a promoção da cultura de segurança é uma das principais ações para reduzir danos e melhorar o cuidado prestado.

O estudo é caracterizado como uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, na qual a coleta de dados será através da aplicação de um questionário, que explicita atitudes dos profissionais através de seis dimensões. O questionário não possuirá identificação dos participantes, visando assegurar o anonimato e confidencialidade ao estudo. Ele será entregue em envelopes para cada participante, e após o preenchimento deverá ser selado e devolvido em uma urna que estará disponível na unidade de internação. A pesquisa será realizada nas Unidades de Internação Cirúrgica I e II do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago/UFSC, no 1º semestre de 2011.

Salientamos que você terá a liberdade de esclarecer dúvidas

acerca da pesquisa e outros assuntos relacionados, e também de desistir de sua participação em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os resultados serão utilizados em publicações científicas e seus dados serão mantidos em anonimato.

Após ser esclarecido sobre as informações acima, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de desistência quanto à participação no estudo ou dúvidas você pode entrar em contato com a pesquisadora:

- Enf Mda Monique Mendes Marinho: (48) 3721- 9172/ 8419-6167.

E-mail: moniquemarinho@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar desta pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Florianópolis, ____ de _____ de 2011.

CPF: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

ANEXOS

ANEXO A - THE SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) – VERSÃO UTI

The University of Texas Safety Attitudes Questionnaire © 2/03

Page 9

Appendix A: The Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)

Safety Attitudes Questionnaire (ICU Version)

ICU job category: (mark only one):

☐ Charge nurse ☐ Pharmacist
☐ Nurse Manager/Head Nurse ☐ Respiratory Therapist
☐ Ctl Case RN ☐ Physician Assistant/Nurse Practitioner
☐ Ctl Case LVN/LPN ☐ Nursing Aide/Assistant
☐ Ctl Case Attending/Intensivist ☐ Ward clerk/secretary
☐ Ctl Case Fellow/Resident ☐ Other (specify): _____
☐ Attending Staff Physician (Non-Critical Care)
☐ Fellow/Resident (Non-Critical Care)

Type of ICU (mark only one):
Please complete this survey with respect to your experiences at this ICU.

☐ Mixed medical/surgical ☐ Pediatric ICU
☐ Medical ICU ☐ Neonatal ICU
☐ Cardiac surgical ICU ☐ Neurological ICU
☐ Surgical ICU ☐ Other (specify): _____

MARKING INSTRUCTIONS

• Use number 2 pencil only. **Correct Mark**

• Erase cleanly any mark you wish to change. **Incorrect Marks**

Today's Date: _____ mm/yy

Agree Strongly

Agree Slightly

Neutral

Disagree Slightly

Disagree Strongly

Agree Strongly

Agree Slightly

Neutral

Disagree Slightly

Disagree Strongly

Please answer the following questions with respect to your specific ICU. Mark your response using the scale above.

1. High levels of workload are common in this ICU.
2. I like my job.
3. Nurse input is well received in this ICU.
4. I would feel safe being treated here as a patient.
5. Medical errors* are handled appropriately in this ICU.
6. This hospital does a good job of training new personnel.
7. All the necessary information for diagnostic and therapeutic decisions is routinely available to me.
8. Working in this hospital is like being part of a large family.
9. The administration of this hospital is doing a good job.
10. Hospital administration supports my daily efforts.
11. I receive appropriate feedback about my performance.
12. In this ICU, it is difficult to discuss errors.
13. Briefings (e.g., patient report at shift change) are important for patient safety.
14. Briefings are common in this ICU.
15. This hospital is a good place to work.
16. When I am interrupted, my patients' safety is not affected.
17. All the personnel in my ICU take responsibility for patient safety.
18. Hospital management does not knowingly compromise the safety of patients.
19. The levels of staffing in this ICU are sufficient to handle the number of patients.
20. Decision-making in this ICU utilizes input from relevant personnel.
21. This hospital encourages teamwork and cooperation among its personnel.
22. I am encouraged by my colleagues to report any patient safety concerns I may have.
23. The culture in this ICU makes it easy to learn from the errors of others.
24. This hospital deals constructively with problem personnel.
25. The medical equipment in this ICU is adequate.
26. In this ICU, it is difficult to speak up if I perceive a problem with patient care.
27. When my workload becomes excessive, my performance is impaired.
28. I am provided with adequate, timely information about events in the hospital that might affect my work.
29. I have seen others make errors that had the potential to harm patients.
30. I know the proper channels to direct questions regarding patient safety in this ICU.
31. I am proud to work at this hospital.
32. Disagreements in this ICU are resolved appropriately (i.e., not who is right but what is best for the patient).
33. I am less effective at work when fatigued.
34. I am more likely to make errors in tense or hostile situations.
35. Stress from personal problems adversely affects my performance.
36. I have the support I need from other personnel to care for patients.
37. It is easy for personnel in this ICU to ask questions when there is something that they do not understand.
38. Disruptions in the continuity of care (e.g., shift changes, patient transfers, etc.) can be detrimental to patient safety.
39. During emergencies, I can predict what other personnel are going to do next.
40. The physicians and nurses here work together as a well-coordinated team.
41. I am frequently unable to express disagreement with staff physicians/intensivists in this ICU.
42. Very high levels of workload stimulate and improve my performance.
43. Truly professional personnel can leave personal problems behind when working.
44. Morale in this ICU area is high.
45. Trainees in my discipline are adequately supervised.
46. I know the first and last names of all the personnel I worked with during my last shift.

*Medical error is defined as any mistake in the delivery of care, by any healthcare professional, regardless of outcome.

TURN OVER

SERIAL 00000000000000000000
 PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

Please answer by marking the response of your choice to the right of each item, using the letter from the scale below.

A	B	C	D	E	Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly
Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly	Disagree Strongly	Disagree Slightly	Neutral	Agree Slightly	Agree Strongly
47. I have made errors that had the potential to harm patients.					48. Staff physicians/intensivists in this ICU are doing a good job.				
49. Fatigue impairs my performance during emergency situations (e.g. emergency resuscitation, seizure).					50. Fatigue impairs my performance during routine care (e.g., medication review, ventilator checks, transfer orders).				
51. If necessary, I know how to report errors that happen in this ICU.					52. Patient safety is constantly reinforced as the priority in this ICU.				
53. Interactions in this ICU are collegial, rather than hierarchical.					54. Important issues are well communicated at shift changes.				
55. There is widespread adherence to clinical guidelines and evidence-based criteria in this ICU.					56. Personnel are not punished for errors reported through incident reports.				
57. Error reporting is rewarded in this ICU.					58. Information obtained through incident reports is used to make patient care safer in this ICU.				
59. During emergency situations (e.g., emergency resuscitations), my performance is not affected by working with inexperienced or less capable personnel.					60. Personnel frequently disregard rules or guidelines (e.g., handwashing, treatment protocols/clinical pathways, sterile field, etc.) that are established for this ICU.				
61. Communication breakdowns which lead to delays in delivery of care are common.					62. A confidential reporting system that documents medical incidents is helpful for improving patient safety.				
63. I may hesitate to use a reporting system for medical incidents because I'm concerned about being identified.					64. Have you completed this survey before?				
					<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no <input type="radio"/> don't know				

Use the scale below to describe the *quality of collaboration and communication* you have experienced with:

Adequate	High	Adequate	High
Low	Very High	Low	Very High
Very Low	Not Applicable	Very Low	Not Applicable
Charge nurse		Attending/Staff Physician (Non-Critical Care)	
Nurse Manager/Head Nurse		Fellow/Resident (Non-Critical Care)	
Crit Care RN		Pharmacist	
Crit Care LVN/LPN		Respiratory Therapist	
Crit Care Attending/Intensivist		Physician Assistant/Nurse Practitioner	
Crit Care Fellow/Resident		Nursing Aide/Assistant	
		Other (specify):	

BACKGROUND INFORMATION

Gender: ☐ Male ☐ Female

ICU Job Status

☐ Full-time
☐ Part-time
☐ Agency
☐ Contract

Ethnic Group:

☐ Hispanic
☐ Black (not Hispanic)
☐ White (not Hispanic)
☐ Asian/Pacific Islander
☐ Multi-ethnic
☐ Other: _____

Optional collected as part of a cross-cultural study
 Citizenship (e.g., Canadian, Filipino, USA, etc.): _____

Country of birth (if different): _____

How many years of experience do you have in this primary specialty?

YEARS

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

Usual Shift

☐ Days
☐ Evenings
☐ Nights
☐ Variable Shifts

How many years have you worked in this ICU (mark 00 if less than 1 year)?

YEARS

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

CUR
R
E
N
T

A
G
E

On average, how many patients do you admit to this ICU each month?

00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99

For Physicians

COMMENTS: What are your top three recommendations for improving patient safety in this ICU?

- _____
- _____
- _____

If more room for comments is needed, please provide your response on a separate sheet of paper.

Thank you for completing the questionnaire - Your time and participation are greatly appreciated

ANEXO B - SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) - TRADUZIDO

Questionário de atitudes de segurança (Unidade de internação cirúrgica)

Por favor responda as questões abaixo em relação à sua unidade de trabalho.

Marque sua resposta utilizando a escala abaixo:

	Discordo fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo fortemente
1. Altos níveis de carga de trabalho são comuns nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
2. Gosto do meu trabalho	1	2	3	4	5
3. As sugestões da enfermagem são bem aceitas nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
4. Eu me sentiria seguro sendo tratado aqui como paciente	1	2	3	4	5
5. Erros médicos são gerenciados apropriadamente nesta unidade	1	2	3	4	5
6. Este hospital faz um bom trabalho no treinamento de novo pessoal	1	2	3	4	5
7. Toda informação necessária para decisões terapêuticas e diagnósticos estão disponíveis para mim rotineiramente	1	2	3	4	5
8. Trabalhar neste hospital é como ser parte de uma grande família	1	2	3	4	5
9. A administração deste hospital está fazendo um bom trabalho	1	2	3	4	5
10. A administração do hospital apóia meus esforços diários	1	2	3	4	5
11. Eu recebo feedback (retorno) adequado sobre	1	2	3	4	5

meu desempenho					
12. Nesta unidade cirúrgica é difícil discutir erros	1	2	3	4	5
13. Instruções minuciosas sobre o paciente na troca de plantão são importantes para a segurança do paciente	1	2	3	4	5
14. Instruções minuciosas são comuns nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
15. Este hospital é um bom local para trabalhar	1	2	3	4	5
16. Quando sou interrompido, a segurança dos meus pacientes não é afetada	1	2	3	4	5
17. Todo pessoal nesta unidade cirúrgica assume a responsabilidade pela segurança dos pacientes	1	2	3	4	5
18. A administração do hospital não compromete intencionalmente na segurança dos pacientes	1	2	3	4	5
19. O tamanho da equipe desta unidade cirúrgica é suficiente para atender o número de pacientes	1	2	3	4	5
20. A tomada de decisão nesta unidade cirúrgica utiliza informações de profissionais de referência/bem conceituados	1	2	3	4	5
21. Este hospital encoraja a equipe de trabalho e a cooperação entre seu pessoal	1	2	3	4	5
22. Eu sou encorajado pelos colegas a relatar qualquer preocupação que eu tenha relacionada à segurança do paciente	1	2	3	4	5
23. A cultura nesta unidade cirúrgica torna	1	2	3	4	5

fácil aprender com o erro dos outros					
24. Este hospital lida construtivamente com o problema de pessoal	1	2	3	4	5
25. Os equipamentos nesta unidade cirúrgica são adequados	1	2	3	4	5
26. Nesta unidade cirúrgica, é difícil falar se eu percebo um problema com o cuidado ao paciente	1	2	3	4	5
27. Quando minha carga de trabalho torna-se excessiva, meu desempenho é prejudicado	1	2	3	4	5
28. Eu recebo informação adequada e em tempo sobre eventos no hospital que possam afetar meu trabalho	1	2	3	4	5
29. Eu tenho visto outras pessoas cometerem erros que podem provocar danos aos pacientes	1	2	3	4	5
30. Eu conheço os canais apropriados para encaminhar questões relacionadas à segurança do paciente nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
31. Tenho orgulho de trabalhar neste hospital	1	2	3	4	5
32. Discordâncias nesta unidade são resolvidas apropriadamente (ou seja, não quem está certo, mas o que é melhor para o paciente)	1	2	3	4	5
33. Sou menos efetivo no trabalho quando estou cansado (a)	1	2	3	4	5
34. Sou mais propenso (a) a cometer erros em situações hostis ou tensas	1	2	3	4	5

35. O stress de problemas pessoais afeta adversamente meu desempenho	1	2	3	4	5
36. Eu tenho o suporte necessário de outras pessoas para cuidar dos pacientes	1	2	3	4	5
37. É fácil para a equipe desta unidade cirúrgica fazer perguntas quando há algo que não é compreendido	1	2	3	4	5
38. Interrupções na continuidade do trabalho (ex: troca de plantão, transferências de pacientes, etc) podem ser prejudiciais à segurança do paciente	1	2	3	4	5
39. Durante as emergências, posso prever o que os outros membros da equipe farão em seguida	1	2	3	4	5
40. Os médicos e enfermeiros aqui trabalham como uma equipe bem coordenada	1	2	3	4	5
41. Eu sou frequentemente incapaz de expressar discordância com a equipe de médicos nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
42. Níveis muito elevados de carga de trabalho estimulam e melhoram meu desempenho	1	2	3	4	5
43. O membro da equipe que realmente é profissional pode deixar problemas pessoais para trás quando está trabalhando	1	2	3	4	5
44. A moral da equipe desta unidade cirúrgica é alta	1	2	3	4	5

45. Os profissionais em treinamento na minha área são adequadamente supervisionados	1	2	3	4	5
46. Eu conheço o primeiro e o último nome de todas as pessoas com quem trabalhei no último plantão	1	2	3	4	5
47. Eu cometi erros que tinham potencial de provocar dano aos pacientes	1	2	3	4	5
48. A equipe de médicos nesta unidade cirúrgica está fazendo um bom trabalho	1	2	3	4	5
49. A fadiga prejudica o meu desempenho durante situações de emergência (ressuscitação de emergência, convulsão)	1	2	3	4	5
50. A fadiga prejudica meu desempenho durante o cuidado de rotina	1	2	3	4	5
51. Se necessário, eu sei como comunicar erros que ocorrem nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
52. A segurança do paciente é constantemente reforçada como prioridade nesta unidade	1	2	3	4	5
53. Interações nesta unidade cirúrgica são “de igual para igual” em vez de hierárquicas (de cima para baixo)	1	2	3	4	5
54. Implicações importantes são bem comunicadas nas trocas de plantão	1	2	3	4	5
55. Há uma ampla adesão aos protocolos clínicos e critérios baseados em evidência nesta unidade	1	2	3	4	5

cirúrgica					
56. Os membros da equipe não são punidos pelos erros comunicados	1	2	3	4	5
57. O relato de um erro é valorizado nesta unidade	1	2	3	4	5
58. A informação obtida por meio do relato de um incidente é usada para tornar o cuidado ao paciente mais seguro nesta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
59. Durante situações de emergência (ressuscitação de emergência) meu desempenho não é afetado por trabalhar com outro (s) membro (s) da equipe sem experiência ou com menor capacidade	1	2	3	4	5
60. A equipe frequentemente desobedece as regras ou protocolos (ex. lavagem das mãos, protocolos de tratamento, campo estéril, etc.) que são estabelecidos para esta unidade cirúrgica	1	2	3	4	5
61. Falhas na comunicação que levam a atrasos na realização do cuidado são comuns	1	2	3	4	5
62. Um sistema de relato confidencial que documenta incidentes é útil para melhorar a segurança do paciente	1	2	3	4	5
63. Eu posso hesitar em usar um sistema de relato de incidentes porque tenho preocupação em ser identificado(a)	1	2	3	4	5
64. Você já completou este questionário anteriormente? () SIM () NÃO () NÃO SEI					

Use a escala abaixo para descrever como você avalia a qualidade da colaboração e comunicação que você tem com:

	Muito baixa	Baixa	Adequada	Alta	Muito alta	Não se aplica
Chefia Médica	1	2	3	4	5	
Chefia de Enfermagem	1	2	3	4	5	
Enfermeiro (a) de turno	1	2	3	4	5	
Médicos <i>Staffs</i>	1	2	3	4	5	
Residentes	1	2	3	4	5	
Fisioterapeuta	1	2	3	4	5	
Escriturário	1	2	3	4	5	

Categoria profissional: Enfermeiro () Técnico () Auxiliar ()

Sexo: Feminino () Masculino ()

Idade: _____

Quanto tempo você possui de experiência nesta unidade:

_____ (em anos)

Quais são as três maiores recomendações que você sugere para melhorar a segurança do paciente nesta unidade cirúrgica?

- 1.
- 2.
- 3.

Qual sua opinião sobre a aplicação deste questionário na sua unidade de trabalho?

Obrigada pela sua participação!

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO PARA USO DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ)

RE: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire - Yahoo! Mail

Page 1 of 1



RE: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire Segunda-feira, 28 de Fevereiro de 2011 19:55

De: "Thomas, Eric" <Eric.Thomas@uth.tmc.edu>

Para: "Monique Marinho" <moniquemarinho@yahoo.com.br>

Cc: "Rhanina Emanuela Fontenele Lima de Carvalho" <rhanna@usp.br>, "Sílvia Helena B Cassiani" <shbcassi@eerp.usp.br>

You have my permission. I was just meeting some Brazilian nursing colleagues of yours who have translated the survey into Portuguese and administered it in several hospital. They are copied on the email.

Eric

Eric J Thomas MD MPH
Associate Dean for Healthcare Quality
Director, UT Houston-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety
Griff T Ross Professor in Humanities and Technology
Professor of Medicine
University of Texas Medical School at Houston
6410 Fannin UPB 1100.44
Houston TX 77030-3006
713-500-7958
www.utpatientsafety.org

From: Monique Marinho [mailto:moniquemarinho@yahoo.com.br]

Sent: Monday, February 28, 2011 2:40 PM

To: Thomas, Eric

Subject: Permission to use The Safety Attitudes Questionnaire

Dr. Thomas,

I kindly ask for your permission to use the Safety Attitudes Questionnaire ICU version. The SAQ will be applied to a research plan to develop in my dissertation in the university hospital, as to better understand the teamwork and help us to improve patient safety.

Best regards,
Monique Mendes Marinho

Federal University of Santa Catarina
Nursing Undergraduate Program
Tel: +55 48 3721-9480
Fax: +55 48 8419-6167

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Certificado

http://www.reitoria.ufsc.br/~hpcep/projeto_cep/cer...

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1076

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GP-59 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Rendimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 1076 FR: 377819

TÍTULO: Qualidade e cultura de segurança: um estudo avaliativo com a enfermagem

AUTOR: VERA RADUNZ, Monique Mendes Marinho

FLORIANÓPOLIS, 29 de Novembro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

Prof. Washington Pereira de Souza
Coordenador do CEPSH/UFSC

**ANEXO E – INSTRUÇÃO NORMATIVA 10/PEN/2011 – ALTERA
OS CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO E O FORMATO DE
APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DOS
CURSOS DE MESTRADO E DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Instrução Normativa 10/PEN/2011
junho de 2011.**

Florianópolis, 15 de

Altera os critérios para elaboração e o formato de
apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de
Mestrado e de Doutorado em Enfermagem

A Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que deliberou o Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em reunião realizada no dia 15/06/2011 e considerando o que estabelece o Regimento do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC,

RESOLVE:

Art. 1. Alterar o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

Art. 2. As teses e dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.

Art. 3. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da tese ou da dissertação. O formato incluirá:

a) Em dissertações de Mestrado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

b) Em teses de Doutorado:

- Elementos pré-textuais
- Introdução
- Objetivos
- Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
- Resultados apresentados na forma de no mínimo 3 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com os demais artigos que contemplarão os resultados da pesquisa principal desenvolvida na tese.
- Considerações Finais/Conclusões
- Elementos pós-textuais

Art. 4. Orientações gerais:

§ 1.º Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;

§ 2.º A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;

§ 3.º Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser

convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;

§ 4.º Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B1 ou superior para Doutorado e B2 ou superior para Mestrado. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas;

Art. 5. Esta Instrução Normativa altera a Instrução Normativa 06/PEN/2009, entra em vigor nesta data e passa a ter plenos efeitos para todos os alunos admitidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina a partir do ano de 2009. Os alunos admitidos em anos anteriores poderão optar entre esta nova modalidade ou pelo formato anterior de apresentação dos trabalhos terminais.

Original firmado na Secretaria PEN

Aprovado pelo Colegiado PEN em 15/06/2011